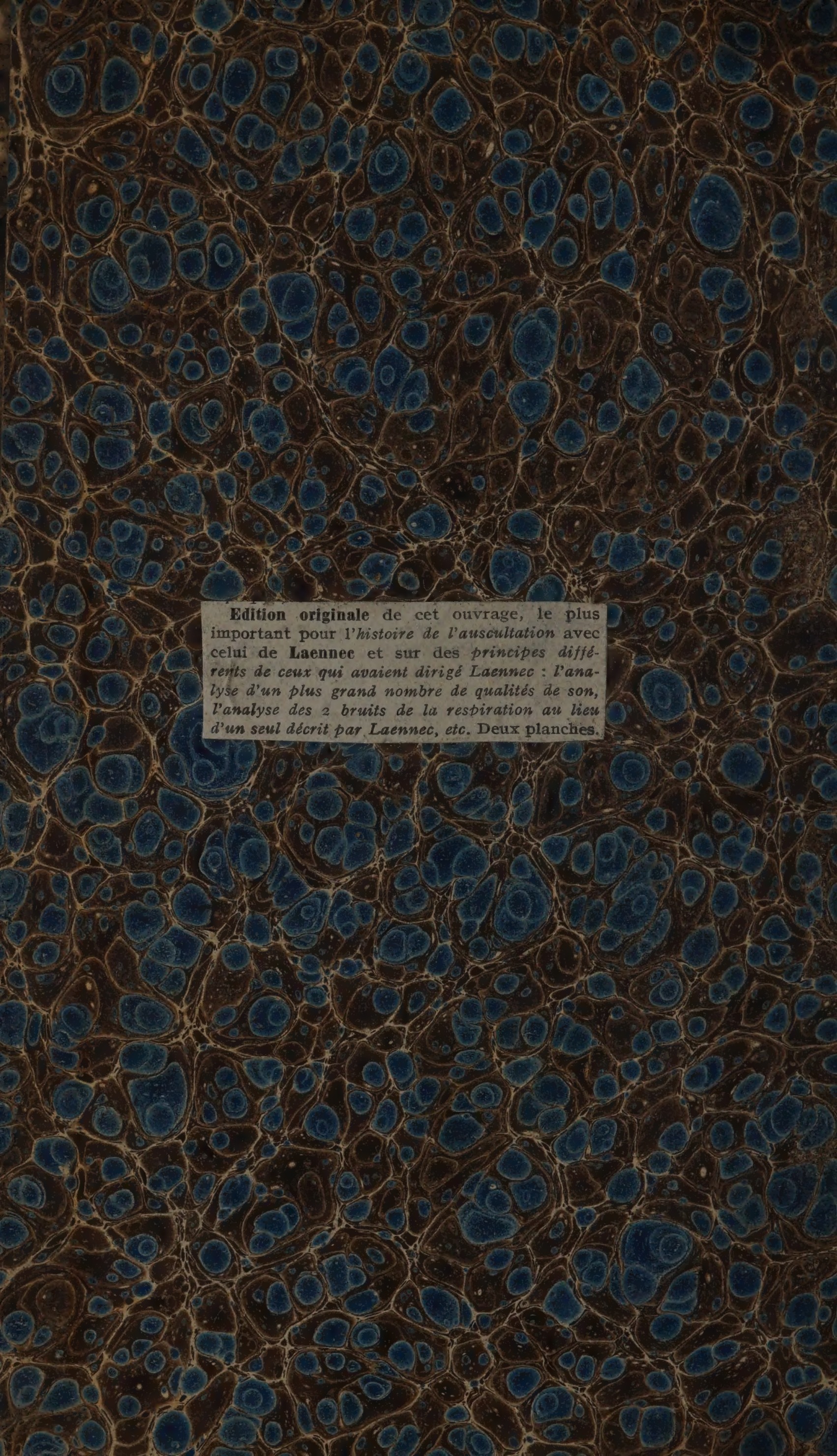
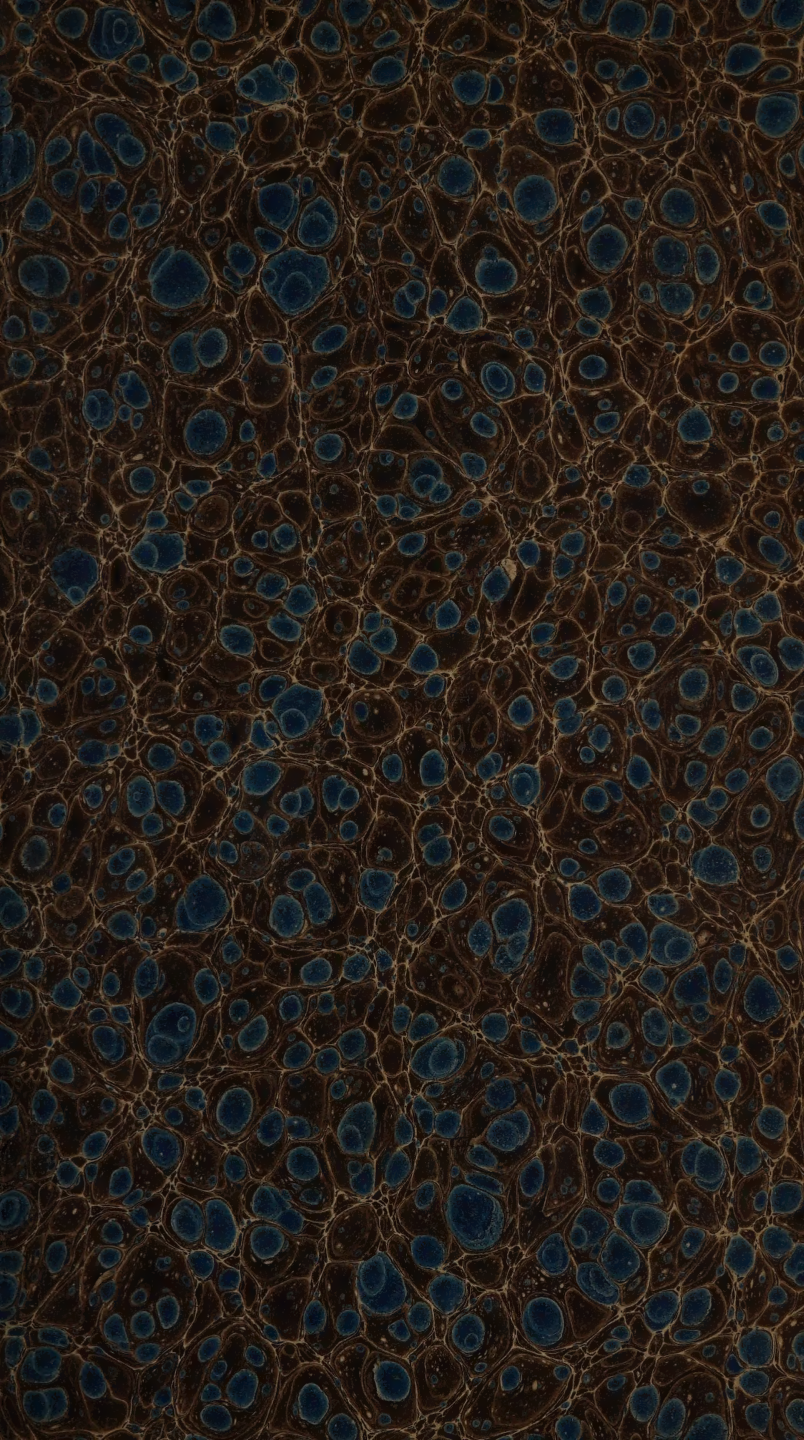




Edition originale de cet ouvrage, le plus important pour l'*histoire de l'auscultation* avec celui de **Laennec** et sur des *principes différents de ceux qui avaient dirigé Laennec : l'analyse d'un plus grand nombre de qualités de son, l'analyse des 2 bruits de la respiration au lieu d'un seul décrit par Laennec, etc.* Deux planches.



RECHERCHES CLINIQUES

SUR

L'AUSCULTATION

ET SUR LA PREMIÈRE PÉRIODE

DE LA

PHTHISIE PULMONAIRE.

IMPRIMERIE DE MOQUET ET COMP., RUE DE LA HARPE, N° 90.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR

L'AUSCULTATION

DES ORGANES RESPIRATOIRES,

ET SUR

LA PREMIÈRE PÉRIODE

DE LA

PHTHISIE PULMONAIRE,

FAITES DANS LE SERVICE DE M. LE PROF. ANDRAL,

PAR M. JULES FOURNET,

DOCTEUR EN MÉDECINE, CHEF DE CLINIQUE A L'HOSPICE DES CLINIQUES DE LA FACULTÉ DE PARIS, ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS, ETC., ETC.

OUVRAGE COURONNÉ AU CONCOURS DES HÔPITAUX DE PARIS, ANNÉE 1837.

DEUXIÈME PARTIE,

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE.

PARIS,

CHEZ J.-S. CHAUDÉ, ÉDITEUR, RUE MOLIERE, 2,

PLACE DE L'ODÉON;

A MONTPELLIER, CHEZ SEVALLE ET CASTEL.

1839.

DEUXIÈME PARTIE.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR LE DIAGNOSTIC, L'ÉTIOLOGIE, LA CURABILITÉ, ETC., DE LA PREMIÈRE PÉRIODE

DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Principiis obsta...

INTRODUCTION.

Deux principes m'ont dirigé dans les recherches d'auscultation qui composent la première partie de cet ouvrage : 1° Surprendre dans leurs premières manifestations les symptômes et les lésions des organes respiratoires ; 2° descendre, à partir de ce point, la chaîne qui réunit l'un à l'autre ces deux ordres de faits, formuler sous forme de principes généraux les rapports qu'établit cette chaîne; et par là, reculer les limites du diagnostic jusqu'aux premières périodes des maladies; en reconnaître la marche, le degré, les tendances, à quelque moment que l'on soit appelé à les traiter. J'ai appliqué ces principes à l'étude de la première période de la phthisie pulmonaire. J'ai fait à ce sujet, dès l'année 1835, de longues recherches de Clinique et d'Amphithéâtre : je vais en donner l'exposé dans cette seconde partie.

Il est rare que les grands maîtres qui se sont exercés sur

un sujet l'aient embrassé sous tous ses points de vue. C'est ce qui a eu lieu pour la phthisie pulmonaire, dont la première période a été beaucoup moins étudiée que les autres. C'est ce qui m'excuse sur le choix d'un sujet qui compte déjà les noms de Bayle, de Laënnec, de M. Andral, de M. Louis, etc., parmi ses historiens. D'ailleurs, chaque époque de la science imprime son cachet spécial et ses tendances particulières aux travaux qui sont entrepris sur la même affection. Il est une certaine période de maturité pour chaque partie de l'histoire des maladies; et il n'est pas toujours au pouvoir des hommes, quel que soit leur génie, de devancer ces périodes.

A une époque, déjà loin de nous, où la médecine, livrée à une marche aveugle, se préoccupait constamment du but sans régler d'abord avec discernement les moyens de l'atteindre, tout était thérapeutique dans l'étude de la phthisie pulmonaire. Tout échouait, parce qu'on ignorait jusqu'à la nature matérielle de l'affection qu'on s'épuisait ainsi à combattre. La science, mal dirigée, désespérant de ses propres ressources, s'était aveuglément confiée dans les mains du hasard, et de là était né l'empirisme le plus effréné. Plus tard, dans le siècle illustré par Bonet et Morgagni, on commença à comprendre que, pour traiter une maladie avec quelque espoir de succès, il fallait d'abord chercher à la connaître, et on se livra dans ce but à des études d'anatomie pathologique. Mais on resta fort en arrière pour la phthisie pulmonaire; car l'insuccès constant de la médecine avait jeté l'épouvante sur le caractère de cette affection; on la croyait contagieuse, et personne n'osait toucher au cadavre d'un phthisique (1). On se désabusa, par une observation plus attentive, de cette crainte chimérique: Bayle surtout eut la gloire de décrire, le scal-

(1) Morgagni disait à ce propos : Phthisicorum cadavera fugi adolescens, fugio etiam senex.

pel à la main, les diverses formes de la phthisie. Laënnec vint ensuite répandre sur cette question la lucidité de son esprit : il sépara diverses affections confondues sous un même titre ; il circonscrivit dans de justes limites l'affection à laquelle étaient dus les désordres locaux et généraux qui avaient à juste titre épouvanté les générations précédentes, et lui réserva le nom de phthisie pulmonaire tuberculeuse. Les caractères anatomiques en furent tracés avec la plus minutieuse exactitude ; et bientôt, saisissant les rapports qui unissaient les désordres fonctionnels avec les désordres matériels, créant toute une science nouvelle (l'auscultation) pour arriver à ce but, il mit la symptomatologie à côté de l'anatomie pathologique. D'autres hommes, doués aussi d'une volonté forte et d'un esprit juste, entreprirent sur le même sujet des recherches qui, pour la plupart, ont confirmé les résultats de Laënnec. Mais une science n'offre jamais dès son origine toute l'étendue de son domaine ; d'abord, on ne saisit dans les faits que leurs rapports les plus évidents : à mesure que la science marche, les rapports plus délicats apparaissent ; on remonte plus haut vers la source des phénomènes, à mesure que leur enchaînement est mieux connu, à mesure que les moyens d'analyse deviennent plus parfaits. Les diagnostics de la seconde et de la troisième périodes de la phthisie pulmonaire étaient à peu près les seuls connus du temps de Laënnec : il avouait lui-même (1) ne pouvoir découvrir les petits tubercules crus, *en quelque nombre qu'ils fussent.* Mais depuis ce temps la marche toujours croissante de la science a continué, et la génération présente, profitant de ces progrès, s'est essayée avec succès au diagnostic de la première période de la phthisie.

Pendant cette active période d'anatomie pathologique et de diagnostic, la thérapeutique s'est arrêtée, comme dans l'attente de ce que lui fournirait la nouvelle impulsion

(1) Auscultation médiate; édit. de M. Andral, t. 2, p. 8.

communiquée à la science. L'anatomie pathologique a répondu qu'aux deuxième et troisième périodes quelques malades pouvaient guérir par les soins de la nature, mais que ceux de l'homme étaient impuissants (1). Les hommes sages se sont dès-lors à peu près exclusivement retranchés dans l'hygiène; tandis que d'autres, oublieux du passé et égarés par un fol espoir, guidés quelquefois par l'intérêt, se sont jetés de nouveau dans la voie de l'empirisme. On a fouillé dans tous les sens; on a amoncelé autour de l'hydre des armes de toute espèce; on a tour-à-tour détruit et refait cet arsenal; et il s'est trouvé qu'après tant de travaux faits, l'hydre a conservé ses cent têtes.

Il est facile de voir d'où vient une si longue perte de temps et d'efforts : c'est que la thérapeutique de la phthisie pulmonaire n'a été appliquée jusque là qu'à ses deuxième et troisième périodes, c'est-à-dire à une époque où il était matériellement impossible qu'aucun moyen fût suivi de succès. Par une déviation à ses lois ordinaires sur la marche des dégénérescences organiques, la nature a laissé quelques malades guérir, alors qu'ils étaient arrivés à une période avancée de la phthisie; ces guérisons presque miraculeuses ont coïncidé, par hasard, avec certaines médications employées, et aussitôt l'esprit de l'homme, naturellement amoureux des choses difficiles, facile d'ailleurs à abuser par l'imagination sur le véritable rapport des faits, s'est empressé de généraliser un fait exceptionnel, et s'est engagé sans réflexion dans une voie où il ne pouvait rencontrer qu'erreur et déception. Quelques succès apparents, quelques coïncidences heureuses amenées par le hasard et trop souvent exploitées par le charlatanisme, ont dû perpétuer l'erreur et faire continuer la fausse direction dans laquelle on était engagé. Mais

(1) On a prétendu aussi que la phthisie pulmonaire était incurable même à sa première première période : nous examinerons plus tard cette question. (Chap. XVI, art. 3).

l'erreur était excusable; elle était une nécessité du moment; car le diagnotic n'étant fait que pour les deuxième et troisième périodes, elles étaient réellement les seules auxquelles la thérapeutique fût applicable. Or, ce n'est point là que doit être notre champ de bataille : la médecine ne peut faire autrement que d'être vaincue sur un pareil terrain ; c'est sur la *première période* de la phthisie pulmonaire qu'il faut transporter tous les efforts de notre belle science.

Mais il est un vide à franchir avant d'arriver à cette application de la thérapeutique : c'est l'ignorance où nous sommes encore des signes de la première période de la phthisie pulmonaire. La première chose à faire est donc de jeter un pont sur ce vide. Car, comment juger des résultats de la thérapeutique, si l'on ne possède rien de certain sur la véritable affection à laquelle elle a été appliquée? Les résultats seraient empreints de la même incertitude que le diagnostic, et il ne serait point permis d'y ajouter la moindre confiance.

Chercher les signes de la première période de la phthisie pulmonaire, était donc le premier travail à faire. Or, c'est là le but préparatoire que je me suis proposé, et ce sont surtout les résultats de mes recherches sur cette question que j'offre dans ce moment. M. Andral a été témoin, dans ses salles, de l'exactitude avec laquelle j'ai pu annoncer l'existence de tuberculisations commençantes, que l'état actuel de la science ne permettait point d'indiquer avec certitude, et quelquefois même de soupçonner. Je ne voudrais pas, cependant, que l'on crût par avance à plus que je n'ai fait. On verra que dans le plus grand nombre de cas, il est vrai, le diagnostic de la première période de la phthisie peut être porté avec certitude, mais que dans d'autres cas aussi il n'y a que des probabilités.

Ce premier but étant atteint, les principes du *diagnostic* étant établis, la limite étant posée entre le certain, le pro-

bable et l'incertain, nous devons, avec M. Andral, nous livrer à la recherche de la seconde partie du problème, la *thérapeutique* de la première période de la phthisie pulmonaire ; en n'appliquant toutefois cette thérapeutique qu'aux cas d'un diagnostic certain, afin que le résultat ne soit point entaché d'inexactitude. Tout porte à penser que cette manière de procéder pourra conduire à quelque chose d'important. Plus loin, j'offrirai le résultat de quelques essais que j'ai faits sur ce sujet dans une salle qu'en 1836, à l'hôpital de la Pitié, M. Andral confiait à mes soins. J'ai été dirigé dans ces essais par les données générales de thérapeutique de la première période de la phthisie qui étaient la conséquence de mes recherches sur cette affection (Voyez chapitre XV).

Le but principal de cette seconde partie est donc l'exposition des moyens de diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire auxquels j'ai été conduit par l'observation clinique. L'histoire anatomique de cette période a été parfaitement traitée par Laënnec et les auteurs contemporains; les descriptions qu'on en a faites sont confirmées presque toutes par les longues autopsies qui accompagnent mes observations. Aussi, n'ai-je point eu l'intention, en faisant d'aussi longs relevés nécroptiques, de les faire servir à l'histoire anatomique de cette première période : mon but surtout a été de faire un rapprochement entre l'état physique de l'organe et le tableau symptomatique qu'il avait fourni du vivant du malade. Cette marche était la seule capable de conduire à des résultats sur lesquels on pût compter. J'ai cherché des moyens de diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire jusque dans l'étiologie de cette affection, parce que l'existence des causes est une raison de plus de soupçonner les effets. J'ai interrogé successivement les circonstances de constitution, d'hérédité, d'âge, de sexe, de menstruation, de grossesses, d'accouchements, de maladies antécédentes du système respiratoire

et des autres systèmes de l'économie, d'habitation, de nourriture, de profession, de temps, de saisons, de climats, d'excès vénériens ou alcooliques, d'excès de travaux physiques, de chagrins, etc. Tout cela, afin de reconnaître le degré d'influence, prochaine ou éloignée, de ces circonstances sur le développement de la phthisie pulmonaire. Il en résulte que mes observations, si on les considère sous ces divers points de vue, peuvent servir beaucoup à l'histoire des causes et peut être de la nature de la maladie. Je me bornerai, quant à présent, à donner un aperçu général des résultats que j'ai obtenus sur ces deux derniers points de l'histoire de la phthisie. Je pourrai y revenir avec détail dans une autre publication, où je n'aurai plus à craindre de distraire l'attention de mon sujet principal. Après les signes que l'on peut tirer de la considération des causes, je passe en revue les signes que peut fournir l'examen du système respiratoire et des autres systèmes de l'économie. A propos du premier de ces appareils, j'examine successivement les signes que donnent l'auscultation, la percussion, l'acouophonie, la palpation, l'inspection, l'expectoration, les sensations spéciales éprouvées par les malades, et le siége qu'affectent les signes physiques dans leur ensemble. L'analyse de la classe des phénomènes généraux vient après. J'expose ensuite les variétés que présentent quelquefois les différents ordres de faits que je viens de nommer. Après avoir considéré ceux-ci dans leur isolement, afin d'en tracer plus facilement les caractères, j'examine la valeur qu'ils tirent de leurs rapprochements, de leurs combinaisons entre eux. Puis viennent l'étude de la marche de la première période de la phthisie, et sa division en trois phases ou trois époques, dont chacune correspond à un certain nombre de signes. Plus loin, je signale les rapports qui existent entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique, rapports nombreux qui portent sur le moment où apparaissent les premiers symptômes,

sur la marche de la maladie, sur les différentes formes qu'elle peut revêtir, sur les degrés auxquels elle se manifeste, etc. ; rapports importants qui, lorsqu'on remonte aux premières manifestations des symptômes et des lésions, ne tendent à rien moins qu'à décider quel ordre de symptômes, locaux ou généraux, apparaît le premier, et si la maladie est primitivement locale ou générale. Après ces divers rapprochements, qui font connaître la stratégie de l'affection pendant sa première période, et qui placent l'observateur dans une situation avantageuse par rapport au traitement, viennent le diagnostic différentiel de la première période de la phthisie et son diagnostic spécial dans un certain nombre de cas difficiles résolus par mes observations Enfin, je termine en exposant les données générales sur lesquelles me semble devoir être établi le traitement de cette première période de la maladie, et en dévoilant, toujours à l'aide de l'observation, l'erreur qui pèse sur notre siècle dans l'opinion qui établit en principe l'incurabilité de la phthisie pulmonaire au premier degré, et la guérison fréquente de la phthisie à la troisième période : erreur funeste, qui tend à détruire l'esprit de recherches, qui ôte à la science et à l'humanité jusques à la pensée de réagir contre le mal qui les opprime, qui jette dans la torpeur par les sentiments réunis de l'impuissance et du danger, qui fait passer dans une fatale inertie les seuls moments où l'art et la nature combinés peuvent quelque chose, et qui réserve nos espérances pour une époque à laquelle la mort seule est à espérer.

Tel est le plan de cette seconde partie. On voit qu'il comprend à peu près toute l'histoire de la première période de la phthisie pulmonaire ; mais que momentanément mon but principal a été le diagnostic de cette première période.

Les observations que j'ai recueillies à l'Hôtel-Dieu (1), à la Pitié (2) et à la Charité (3), dans le but de ces recherches,

(1) Année 1835. — (2) Année 1836. — (3) Années 1837 et 1838.

sont au nombre de 192. Elles ont à peu près toutes été prises sur un plan uniforme (celui que je viens d'exposer), afin que tous les éléments du problème, convenus à l'avance, pussent être réunis et consultés à propos de chaque malade; afin que tout se trouvant placé bien en ordre, il fût facile à l'esprit de distinguer les divers ordres de faits les uns des autres, et d'en saisir l'ensemble et l'harmonie; afin que, accoutumé à une forme sévère d'interrogation et de rédaction, les conditions fussent égales entre toutes les parties du même travail et que les résultats généraux s'offrissent avec le caractère d'une plus grande exactitude. Si un résultat est vrai en lui-même, il peut bien ne pas servir au but qu'on s'était proposé, mais il sera nécessairement mis à profit dans quelque autre circonstance. S'il est entaché d'inexactitude, il ne sera applicable à rien, il ne pourra donner que l'erreur, dans quelque sens qu'on veuille l'utiliser. Aussi l'exactitude est-elle la première condition à remplir dans tout travail, pour qu'il ait quelque valeur.

Il est tout-à-fait impossible que la mémoire, quelque étendue et heureuse qu'elle soit, puisse embrasser et classer dans l'ordre qui leur convient tous les faits que renferment un si grand nombre d'observations, surtout lorsque les recherches qui en sont l'objet portent sur un grand nombre de points à la fois. Il faut d'ailleurs, pour d'heureux rapprochements, que tous les termes du rapport que l'esprit établit entre les divers ordres de faits soient continuellement sous les yeux de l'intelligence, inscrits suivant un ordre méthodique. Le meilleur moyen d'arriver à ce but est certainement de prendre une à une chaque observation, et, à mesure qu'on la parcourt, de transporter chacun des faits qu'elle contient sur autant de tableaux et de colonnes dressés à l'avance à cet effet. Ces tableaux achevés, un coup-d'œil suffit à l'esprit pour embrasser tout l'ensemble des faits et tous les rapports possibles de ces faits entre eux. De

cette manière, aucune idée préconçue ne peut venir prendre la place des pensées qui découlent immédiatement de l'observation. C'est un travail immense, il est vrai, que de disposer ainsi suivant un ordre méthodique, un grand nombre d'observations; mais devant un résultat pratique aussi important que le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, l'étiologie de cette affection, etc., on ne saurait jamais faire trop pour arriver à la vérité, heureux si, après de longues recherches, on obtient même une partie de son but. Sans doute, le diagnostic de la première période de la phthisie, tel que je le présente, laisse encore beaucoup de choses à désirer; plus tard, probablement, on ira plus loin; mais ce qui importe aujourd'hui, c'est de se bien assurer que la portion de la route qui est parcourue l'a été avec exactitude et vérité, afin que l'on puisse, en attendant mieux, profiter avec sécurité de ce qui est fait.

Ce même travail, quand je le présentai en 1837 au Concours des hôpitaux de Paris, où il remporta le grand prix, était accompagné de 63 observations choisies parmi celles que je possédais; ces 63 observations étaient précédées d'un atlas où elles étaient représentées dans autant de tableaux disposés à cet effet, décomposées en leurs éléments primitifs, ainsi que je viens de le dire. En publiant ces recherches sous forme d'un volume, je suis obligé de restreindre bien plus encore le nombre des observations, qui sont les pièces justificatives du travail. J'ai mieux aimé n'en donner qu'un très petit nombre et les donner entières, pour faire mieux connaître la marche que j'ai suivie. J'ai choisi celles qui mettent surtout en évidence le diagnostic de la première période de la phthisie. J'y joins quelques-uns des tableaux dont je viens de parler. On verra combien la recherche des rapports entre les faits devient facile, et combien le travail de généralisation devient exact avec une pareille méthode.

J'ai suivi, dans ces recherches sur le diagnostic de la pre-

mière période de la phthisie, la méthode d'auscultation que j'ai exposée dans la première partie de cet ouvrage. C'est à cette méthode, en très grande partie, que je suis redevable des signes physiques les plus importants sur lesquels repose ce diagnostic. J'ai recueilli le plus grand nombre de mes observations dans les salles et sous les yeux de M. Andral, à l'hôpital de la Pitié et à celui de la Charité. Je ne saurais trop remercier cet excellent maître de la bonté avec laquelle il s'est prêté à toutes ces recherches, me laissant faire dans ses salles le choix de malades que je désirais, m'autorisant à les garder le temps nécessaire pour suivre la marche des symptômes, constatant par lui-même l'exactitude des faits que je notais dans mes observations, et participant ainsi à mes travaux par sa généreuse complaisance, par son témoignage, ses encouragements et ses conseils (1).

Il était plus facile qu'on ne serait d'abord disposé à le penser, de déterminer les signes de la première période de la phthisie pulmonaire. Tout malade atteint de cette affection à l'un ou à l'autre degré pouvait les fournir. On sait que chez la plupart des phthisiques au deuxième et troisième degrés les signes comme les altérations vont en décroissant du sommet à la base de la poitrine. Or, on trouve souvent dans les parties inférieures les signes du premier degré. Tel a été le point de départ de mon observation. J'ai voulu que l'existence de cavernes dans un point des poumons ne laissât pas de doutes sur la nature de l'affection qui fournissait dans d'autres points certains groupes de phénomènes. J'analysais chacun de ces phénomènes avec beaucoup de soin; je notais exactement le lieu de la poitrine où chacun d'eux était perçu; puis, quand

(1) Je m'empresse aussi d'offrir mes remercîments à MM. Daveu, Devaux frères et Ste-Colombe, pour le zèle et l'intelligence avec lesquels ils m'ont secondé dans mes recherches, en prenant avec moi des observations.

venait l'autopsie, je notais avec le même soin les conditions physiques présentées par le poumon dans chacun de ces points, et je me trouvais ainsi avoir le rapport entre l'anatomie pathologique et la symptomatologie. Un même malade, quand il avait été examiné avec soin, et quand l'examen anatomique était fait avec détail, fournissait à lui seul un grand nombre de ces rapports. On conçoit facilement qu'un pareil examen répété chez beaucoup de malades ait dû, au bout d'un certain temps, faire passer sous mes yeux toutes les formes et tous les degrés symptomatiques, en même temps que toutes les formes et les degrés anatomiques de la période de la phthisie que je recherchais. Ces phénomènes quej e voyais se reproduire sous la même forme quand les circonstances anatomiques étaient les mêmes, ont fini par acquérir une valeur telle, que bientôt, assuré de leur liaison avec tel état physique du poumon, je n'ai plus eu qu'à en rechercher les degrés, n'ayant plus besoin dès-lors de m'adresser à la troisième période de la phthisie pour être sûr de la nature de l'affection. Je me suis attaché à bien déterminer les lois d'apparition, de marche, de dégradation successive de chacun de ces phénomènes; mais, pour être bien sûr de l'exactitude de chacun de ces rapports partiels, il fallait voir se développer en entier sous nos yeux le tableau d'ensemble qu'ils représentaient; il fallait descendre successivement, à mesure qu'elle se déroulait, la chaîne complète de ces phénomènes. Deux voies étaient ouvertes pour cela; je les ai suivies l'une après l'autre.

1° Prendre un phthisique chez lequel les signes donnés par Laënnec faisaient constater, sous les clavicules, une phthisie au deuxième degré; suivre avec soin les signes résultant de l'envahissement successif du reste des poumons.

2° Suivre les changements graduels subis par les bruits respiratoires chez des malades entrés dans les salles pour une affection étrangère à la poitrine; malades qui allaient

bien d'abord, qui ensuite languissaient, et finissaient par développer sous nos yeux, depuis les plus légers symptômes jusqu'à la mort, toutes les phases de la phthisie pulmonaire.

Ainsi, dans un premier pas, on s'autorisait du passé pour déterminer la nature et la valeur du présent ; dans un second pas, on réservait à l'avenir de décider sur le passé. C'était, comme on le voit, l'épreuve et la contr'épreuve. Aussi la plus grande uniformité règne-t-elle en général dans le résultat.

Après avoir rencontré plus ou moins isolées, chez plusieurs malades, les diverses pièces du tableau, on pouvait voir l'ensemble et suivre l'action de ce tableau chez un même malade. Il est résulté de tous ces faits certains groupes de phénomènes dont la forme, l'origine et la marche sont régies par des lois à peu près constantes. Lorsque ces phénomènes présentent les conditions voulues par le diagnostic (conditions que j'indiquerai plus tard), ils peuvent faire juger que, chez tel individu donné, il existe dans les poumons des tubercules à l'état d'infiltration, en nombre fort peu considérable, et encore à l'état de crudité ; ils peuvent même, chez un certain nombre de malades, faire reconnaître la maladie générale et l'imminence de développement de son élément local, avant que le dépôt de matière tuberculeuse ne se soit effectué dans les poumons.

Mais ce n'est pas seulement dans les signes actuels que j'ai recherché le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire. Dans une matière si obscure et si importante, il fallait puiser à toutes les sources ; aussi, non content du présent, j'ai remonté dans le passé pour y trouver des signes, les uns tirés de la constitution, les autres de l'hérédité, des maladies antécédentes, etc., etc. Mais, après avoir tracé les caractères auxquels on pourrait reconnaître chaque signe dans son existence actuelle, il était

important de rechercher les lois qui régissent leur marche; parce que ces lois, une fois connues, étaient un *fil d'Ariane* qui devait conduire et dans le passé et dans l'avenir l'observateur placé dans le présent, et qui devait par là même rendre sa marche bien plus sûre. On conçoit de quelle importance il était de ne pas se borner à indiquer l'ensemble des signes de la première période de la phthisie, mais d'étudier la loi de leur apparition successive, et d'arriver par là à reconnaître les principales époques de cette première période et les signes qui leur correspondent. On conçoit, en effet, que sous le point de vue thérapeutique, qui en somme est le but de ces recherches, l'importance du diagnostic augmente en raison directe du degré d'antériorité de l'époque à laquelle on remonte. Je ne m'occuperai de la deuxième et de la troisième périodes que pour montrer la dégradation successive des signes de la phthisie, que pour mettre à nu la chaîne de ces dégradations et découvrir la liaison et l'harmonie de l'ensemble.

A l'exemple de Laënnec, M. Louis ne reconnaît dans la symptomatologie de la phthisie que deux périodes, l'une antécédente, l'autre postérieure au ramollissement et à l'évacuation de la matière tuberculeuse par les bronches (1). Je crois qu'il y a avantage à décomposer la dernière période en deux autres, l'une pendant laquelle s'opère le travail de ramollissement, l'autre pendant laquelle des excavations se creusent dans le tissu pulmonaire. Mais aucune limite précise n'existe entre ces trois périodes.

(1) Recherches sur la phthisie, p. 181.

CHAPITRE PREMIER.

SIGNES QUE PEUT FOURNIR LA CONSIDÉRATION DE LA CONSTITUTION.

J'ai embrassé dans l'étude de la constitution un assez grand nombre de points : les systèmes osseux, musculaire, cutané, corné, cellulo-graisseux et nerveux, ont été analysés chez la presque totalité de nos malades. Voilà quels sont à ce sujet les résultats les plus généraux qui ressortent de nos observations.

1° Le plus ou moins de développement de la poitrine ne paraît pas être dans un rapport aussi intime qu'on est en général porté à le penser avec la tuberculisation des poumons. On voit figurer dans nos observations des individus à poitrine large, bien conformée, bien développée, aussi bien que des individus à poitrine étroite et aplatie. Il est impossible d'établir une limite précise entre ces deux ordres de malades, attendu qu'on est conduit de l'un à l'autre par des gradations insensibles ; mais on peut estimer, d'une manière générale, que sur un chiffre donné de phthisiques, un tiers environ se trouvent dans le premier cas et deux tiers dans le second. Le nombre des phthisiques à poitrine primitivement bien développée, bien conformée, est donc plus grand qu'on ne le croit généralement. Le grand nombre d'autopsies qui se font dans les hôpitaux de Paris nous apprennent d'ailleurs qu'une très grande quantité de malades à poitrine étroite, aplatie, en un mot mal développée, n'offrent

aucune trace de tubercules dans leurs poumons. Sauf les nombreuses exceptions dont je viens de parler, il est vrai de dire que *la majorité* des phthisiques offrent un développement incomplet et une configuration vicieuse plus ou moins manifeste de leur cavité thoracique.

2° La taille élancée, le développement du système osseux en longueur aux dépens de son épaisseur, surtout pour les sections des membres les plus rapprochées de leurs extrémités, sont exactement dans le même cas, et présentent les mêmes exceptions, les mêmes contradictions que le fait du développement et de la configuration de la poitrine. Ces conditions du système osseux sont moins communes dans nos observations qu'on n'est généralement disposé à le penser dans l'état actuel de la science.

3° Nous trouvons parmi nos malades des individus (des hommes surtout) à système musculaire très fort, très développé, très régulier (1). Là encore, un passage graduel

(1) Parmi les exemples de phthisie pulmonaire développée chez des individus à constitution très robuste, à tempérament très sanguin, que présentent nos observations, on trouve entr'autres les deux suivants :

1° Un homme de 5 pieds 6 pouces, nommé Tollette, âgé de 37 ans, d'une constitution éminemment athlétique, d'une très-grande force musculaire, à poitrine large et bien faite, ayant parmi ses camarades la réputation d'être le second fort de la halle de Paris, sinon le premier, en proie depuis longtemps à des chagrins de ménage, entra le 14 avril 1835 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Martine, n° 64. Il offrait alors quelques symptômes de fièvre hectique commençante, du dévoiement et des signes de bronchite. Le 2 mai, il avait succombé à une phthisie aiguë, à marche extrêmement rapide. Les deux poumons, le droit surtout, étaient le siége d'une infiltration tuberculeuse ***miliaire***, groupée en masse dans quelques points.

2° Un élève en médecine, près d'avoir terminé ses études, âgé de 28 ans, entra le 28 avril 1837 à l'hôpital de la Charité, salle St-Louis, n° 31. Depuis le 24 avril il était en proie à une fièvre typhoïde, de forme cérébrale surtout, tellement grave et tellement rapide dans sa marche que le 29 avril au matin il n'était plus. Nous fûmes on ne peut plus étonnés, le lendemain, à l'autopsie du cadavre, de trouver dans le sommet de chaque poumon de gros tubercules arrondis, du volume d'un petit noyau de ce-

des degrés les plus élevés aux degrés médiocres fait qu'on ne peut donner des chiffres précis; mais on peut dire, en prenant l'ensemble de nos résultats, que le nombre de ces individus est plus grand qu'on ne le pense; que le développement *athlétique* du système musculaire figure, il est vrai, comme exception sur les cadres de la phthisie, mais que ce développement *plus qu'ordinaire* est loin d'être *très rare*, et qu'enfin le développement *ordinaire* du système musculaire figure pour à peu près un tiers.

4° Interrogés sur l'état de leur embonpoint avant l'époque à laquelle paraissait remonter le début de leur affection, les malades ont répondu pour la plupart, les deux tiers environ, qu'ils étaient ou très gras ou d'un embonpoint ordinaire avant le commencement de leur maladie. Ceux qui se rappelaient avoir été très gras sont peu nombreux, quoique moins rares qu'on ne le penserait; nous en comptons au moins 10 parmi nos malades, et, dans ce nombre, beaucoup plus de femmes que d'hommes.

5° Le système cutané nous a présenté plus d'uniformité dans ses caractères. Sur les trois quarts au moins de nos sujets, la peau était assez fine, assez blanche, assez délicate. Une peau brune, épaisse, élastique, dense, coïncidant avec une phthisie pulmonaire, ne s'est offerte à notre observation que comme une exception assez rare. Les phthisiques à poitrine développée et bien conformée, à squelette fort et bien proportionné, à embonpoint habituel plus qu'ordinaire, que nous avons observés, avaient la peau blanche, assez délicate, souple, mais bien colorée, différente en cela de la

rise; la plupart étaient encore crus et durs; quelques-uns étaient un peu ramollis, caséeux. Cet homme était un type de constitution forte, de squelette bien formé, de tempérament sanguin, et de système musculaire bien développé. Rien jusque-là n'avait pu faire soupçonner chez lui la moindre atteinte du côté de la poitrine. Il jouissait habituellement d'une très-bonne santé.

peau pâle et un peu blafarde, un peu exsangue, propre au tempérament lymphatique.

6° Nous n'avons vu que très peu de malades à chevelure blonde; presque tous avaient le système pileux assez développé et châtain. Nous en avons rencontré plusieurs dont les cheveux étaient d'un noir d'ébène. La teinte de l'iris a suivi assez exactement celle des cheveux. Les yeux bruns sont ceux qui ont été les plus fréquents parmi nos malades.

7° Chez presque tous les malades dont j'ai pris les observations, j'ai étudié avec soin l'état du système unguéal et des dernières phalanges des doigts. J'avais à cœur d'apprécier au juste la valeur diagnostique de cette forme particulière de l'extrémité des doigts qui les a fait appeler *doigts fusiformes* ou *doigts hippocratiques*; or, j'ai pu me convaincre de la manière la plus évidente que cette circonstance n'a réellement point la valeur qu'on lui a attribuée dans le diagnostic de la phthisie pulmonaire. Je n'ai rencontré que rarement, dans les cas de phthisie confirmée, l'ensemble des caractères désignés comme constituant les doigts hippocratiques (1); et j'ai vu bien souvent des personnes chez lesquelles tout éloignait la pensée de la phthisie, ou des sujets morts dans nos salles et qui ne présentaient à l'autopsie aucune trace de tubercules dans les poumons ni dans aucun autre organe de l'économie, chez lesquels cependant on trouvait, à un degré quelquefois très marqué, les caractères fusiforme et hippocratique des doigts. D'après mes relevés, on peut établir, sans crainte d'erreur, que ces caractères se présentent plus souvent chez les malades non phthisiques que chez les malades phthisiques. Pour être bien sûr de mes résultats, je ne me suis point contenté de noter sur mes observations si les doigts étaient ou non hippocratiques;

(1) Pigeaux, Archives générales de médecine, t. 29, p. 174. — Trousseau, Journal des connaiss. médico-chirurgicales, t. 1, p. 351.

j'ai, le plus souvent, décrit leur forme à propos de chaque malade. Par là, je suis conduit à penser que le caractère hippocratique des doigts doit être considéré comme une forme exceptionnelle, particulière (analogue à quelques autres configurations assez fréquentes, mais non morbides, de certaines parties de notre corps), dont la cause première nous échappe, qui est sans rapport direct avec la phthisie pulmonaire, et qui dès-lors ne peut servir à son diagnostic. Mais supposons pour un instant que cette forme particulière des doigts ait quelque liaison, soit directe, soit indirecte, avec la phthisie pulmonaire à ses deuxième et troisième périodes, nous ne devrions pas moins rejeter la forme hippocratique des doigts comme signe de la première période, parce que nous ne l'avons observée chez aucun des malades qui ont développé sous nos yeux les différentes phases de leur phthisie depuis la première apparition des symptômes jusqu'à la mort, et qu'au contraire nous l'avons vue exister chez beaucoup d'autres malades qui n'étaient point phthisiques. M. Trousseau, dans son Journal des connaissances médico-chirurgicales, avait accordé encore plus de valeur que M. Pigeaux à la conformation hippocratique des doigts, comme signe de phthisie; mais son observation ultérieure lui a fait modifier ses opinions. Il y a quelques mois, m'écrivant à ce sujet, il me disait, avec une franchise qu'on ne saurait trop louer : « Mais cet article a trop généralisé la conformation hippocratique des doigts; ce qui tient à ce que je n'avais presque fait mes observations que chez des femmes, qui ont en effet les doigts beaucoup plus déformés que les hommes. »

8° J'ai étudié avec détail et comparativement, chez les malades phthisiques et non phthisiques, les caractères fournis par le système dentaire, et je suis arrivé à ce résultat : que ces caractères ne peuvent être d'aucun secours dans le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire.

9° Les facultés intellectuelles et sensoriales offraient en général chez nos malades un développement au moins ordinaire.

En somme, la constitution faible et le tempérament lymphatique sont les conditions qui se retrouvent le plus souvent chez nos malades phthisiques ; non pas la constitution très faible et le tempérament très lymphatique, mais la constitution médiocrement faible et le tempérament médiocrement lymphatique. La coïncidence avec la phthisie pulmonaire d'une constitution forte, musculeuse, d'un squelette bien développé et bien conformé, d'un tempérament sanguin, est plus fréquente, d'après le relevé de nos observations, qu'on ne le pense généralement : cette classe de phthisiques figure pour près d'un tiers sur le chiffre de nos malades. Ce résultat, un peu différent de ce qui est admis généralement, me paraît tenir aux circonstances dans lesquelles mes observations ont été recueillies : ces circonstances sont telles, que le nombre des phthisies héréditaires y est proportionnellement moindre que celui des phthisies acquises ou accidentelles ; or, on sait que la faiblesse de constitution appartient bien plus spécialement à la première qu'à la seconde de ces deux formes de la phthisie.

Les malades admis dans les hôpitaux de la Charité, de la Pitié, de l'Hôtel-Dieu de Paris (1), n'y sont reçus qu'à la condition d'être âgés de plus de 15 ans, et presque tous les phthisiques morts avant cet âge ont succombé à la phthisie héréditaire. De plus, les malades admis dans ces hôpitaux appartiennent presque tous à une classe très inférieure de la société, en proie à tous les excès de la misère, du travail et de la débauche, placés dès-lors, et surtout dans une ville telle que Paris, dans les conditions les plus favorables au développement accidentel de la phthisie.

(1) Ce sont les hôpitaux dans lesquels j'ai recueilli mes observations.

Le nombre des phthisies indépendantes de toute prédisposition d'hérédité et de constitution, nées seulement sous l'influence de certaines conditions antihygéniques, est beaucoup plus considérable, d'après le relevé de mes observations, qu'on ne le pense assez généralement (1). Ce fait concourt avec les précédents à expliquer la coïncidence assez fréquente de la phthisie pulmonaire avec une constitution forte, musculeuse et un tempérament sanguin.

La conclusion de tout ceci me semble être que la constitution du malade, considérée isolément, est un élément de presque nulle valeur dans le problème du diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, exception faite, toutefois, des cas où le soupçon de phthisie coïnciderait avec les formes les plus tranchées du tempérament lymphatique, cas assez rares chez les adultes, et presque nuls à un âge plus avancé. Mais si la considération de constitution est rapprochée de certaines autres circonstances favorables ou défavorables à l'opinion d'une phthisie, elle peut acquérir une valeur confirmative, ou simplement additionnelle. C'est ainsi que la coïncidence d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin avec l'absence des conditions antihygiéniques capables de développer la phthisie devrait faire rejeter le soupçon déjà conçu de l'existence d'une phthisie; tandis que ce fait isolé, (une forte constitution et un tempérament sanguin) ne peut faire décider la question, ni pour le oui, ni pour le non. Chez les enfants, la considération de la constitution est d'une plus grande valeur.

Tout ce que je viens de dire sur la constitution se rapporte aux caractères primitifs de la constitution des malades, et non pas aux changements que leur constitution a éprouvés par suite du développement de leur phthisie. J'examinerai

(1) Auscultation médiate, édit. de 1837, notes de M. Andral, t. 2, p. 183.

ailleurs (chap. XVI) en quoi ces changements peuvent servir au diagnostic de la première période de cette affection.

CHAPITRE II.

SIGNES QUE PEUT FOURNIR LA CONSIDÉRATION DE LA SANTÉ DES PARENTS.

La possibilité de transmission de la phthisie pulmonaire par voie d'hérédité ne peut être l'objet d'aucun doute. Mais quelle lumière la question de l'hérédité peut-elle jeter sur le diagnostic de la première période de cette affection? tel est le sujet de ce chapitre.

La question de l'hérédité a été étudiée dans mes observations pour le père, pour la mère, les frères et les sœurs de nos malades. Voilà quels sont les principaux résultats de cette étude :

L'absence de phthisie chez les proches parents d'un malade n'est point une raison suffisante d'en exclure la pensée pour lui-même. Bien souvent nous avons vu mourir phthisiques des malades qui, soumis à une interrogation très détaillée sur la santé de leurs parents, avaient toujours répondu négativement à propos de tous les symptômes de la phthisie qu'on passait en revue devant leur mémoire; leurs parents étaient encore vivants et bien portants, ou bien s'ils étaient morts, ils avaient succombé soit à un accident, soit à une maladie bien caractérisée et étrangère à la poitrine. Les malades dont je parle étaient devenus phthisiques sous l'influence de certaines circonstances antihygiéniques que j'examinerai au chapitre VII et qui leur étaient personnelles. Mais si une interrogation bien faite constatait à la fois l'ab-

sence de phthisie passée ou présente chez le père et la mère d'un malade donné, et l'absence chez ce dernier des circonstances antihygiéniques dont je viens de parler, on aurait les plus grandes raisons pour rejeter le soupçon de phthisie; quoique cependant, dans quelques circonstances à la vérité fort rares, on observe des phthisies développées en dehors de toute influence d'hérédité et de toute cause bien appréciable.

Par les raisons que je viens d'exposer, s'il n'existait aucune probabilité de phthisie chez le père et la mère, et qu'un frère ou une sœur fussent morts phthisiques sous l'influence des circonstances antihygiéniques, ce précédent ne pourrait en aucune manière influencer le jugement que l'on porterait sur le malade en observation, attendu, comme je l'ai dit plus haut, que l'influence de ces circonstances est tout-à-fait personnelle.

On peut, à ce sujet, soulever la question de savoir : 1° Si, tout étant égal d'ailleurs, la phthisie acquise, accidentelle, ne se développe pas de préférence sur certaines constitutions; si, la prédisposition héréditaire étant écartée, il n'existe pas une certaine manière d'être de l'organisme sur laquelle la phthisie acquise s'ente de préférence ou même exclusivement; 2° Si, dans le cas de réponse affirmative, il y a assez de similitude dans l'organisation des enfants d'un même lit pour qu'on puisse redouter chez l'un d'eux la phthisie qui s'est développée chez l'autre sous l'influence de circonstances antihygiéniques ? Cette question est importante; je vais la développer, en consultant pour sa solution les résultats que m'ont fournis mes observations. 1° Il ne paraît pas probable, d'après ces résultats, que la phthisie accidentelle exige pour se développer des conditions déterminées de constitution. Les malades qui nous en ont offert des exemples étaient loin de présenter l'uniformité d'organisation, de force, de tempérament, que supposerait la

pensée contraire. La plupart d'entr'eux nous ont présenté les conditions de constitution les plus opposées à celles que l'on regarde généralement comme favorables au développement de la phthisie; c'est parmi les phthisies accidentelles que nous rencontrons les malades à forte constitution, à tempérament sanguin, à système musculaire développé, dont j'ai parlé précédemment; 2° Il est possible toutefois, quoique mes observations éloignent cette pensée, que les circonstances antihygiéniques capables de développer la phthisie, agissent plus efficacement et plus rapidement sur certaines manières d'être constitutives que sur certaines autres; mais en règle générale, il n'existe pas assez d'uniformité dans le mode d'organisation des enfants d'un même lit, pour que les mêmes circonstances antihygiéniques étant données, on doive en conclure qu'elles produiront ou que déjà elles ont produit chez l'un les mêmes effets qu'elles avaient provoqué chez l'autre. Certaines professions sont considérées comme prédisposantes à la phthisie pulmonaire; dans les pays où elles sont en vigueur, plusieurs membres d'une même famille s'exercent aux mêmes travaux; or, parmi eux, on voit les uns devenir phthisiques, les autres non. Il faut convenir aussi que, le plus souvent, il y a combinaison de plusieurs causes ensemble; que les individus que l'on compare ne sont pas également soumis à l'influence de toutes ces causes, et que les éléments du problème n'étant pas exactement les mêmes chez les différents malades, la solution qui s'applique à un ne convient pas toujours à l'autre, malgré les apparences de l'analogie. En résumé, nous pouvons tirer de nos observations cette conclusion : que toute phthisie qui s'est développée dans une famille sous l'influence de circonstances antihygiéniques, en dehors de toute influence d'hérédité, reste un fait personnel au membre qu'elle a frappé, et qu'aucune conséquence n'en peut être tirée pour les autres enfants de la même famille.

Le nouveau problème qui se présente à propos de l'un de ces derniers, dans les mêmes circonstances, n'a aucun rapport avec le problème déjà résolu pour le premier.

La phthisie acquise peut se développer à un âge assez avancé. Elle ne reconnaît de loi sous ce rapport que les conditions antihygiéniques qui en provoquent le développement. Un père, né de parents sains, a des enfants déjà très grands; il éprouve des revers de fortune, et pour satisfaire aux besoins de sa famille, à l'éducation de ses enfants, aux espérances qu'ils lui donnent, il est obligé tout-à-coup d'échanger la vie tranquille et aisée dont il jouissait contre une vie de privations, de chagrins et de travail. Sa santé, qui jusque là avait été bonne, s'altère de jour en jour, et au bout de peu de temps il succombe à une phthisie aiguë. Ses poumons sont criblés de tubercules miliaires. Je choisis ce fait, entre quelques autres, parce que l'époque à laquelle il s'est présenté à notre observation est encore toute récente; il s'est passé à la Charité, dans le service de M. Andral; les personnes qui suivent la visite de ce professeur en ont été frappées. Dans de pareilles conditions, on comprend que la mort du père ne compromet en rien la santé des enfants, et que par conséquent aucun rapprochement ne pourrait être établi entre la nature de l'affection qui a emporté le père et la nature de celle qu'on observe actuellement chez tel ou tel de ses enfants. Mais pour être bien sûr du jugement que l'on porte dans la circonstance que je viens d'exposer, il faut descendre dans tous les détails d'une interrogation bien dirigée et complète, il faut bien préciser les époques auxquelles se sont accomplis les divers ordres de faits. Quelquefois, malheureusement, malgré tout le soin que l'observateur apporte à son interrogation, il ne lui est pas toujours donné d'arriver à l'exacte connaissance des faits.

Des enfants peuvent avoir été *conçus* postérieurement à

la manifestation d'un travail organique de *phthisie acquise*, chez l'un des parents. Quel en sera le résultat pour la santé des enfants comparativement à l'influence exercée par les prédispositions à une phthisie *héréditaire?* Celles de mes observations qui peuvent servir à résoudre cette question sont peu nombreuses, attendu que la phthisie acquise étant ordinairement beaucoup plus rapide dans sa marche que la phthisie héréditaire, et anéantissant beaucoup plus vite les forces des malades, moins de mariages et moins d'enfants sont produits dans le premier cas que dans le second. Des raisons morales se réunissent souvent aux précédentes, pour amener la même conséquence. Toutefois, je crois, tout en prenant mes réserves pour une observation plus étendue, qu'il est permis de conclure des faits que j'ai recueillis sur ce sujet : que l'influence héréditaire subie par des enfants nés de parents tuberculeux est moindre lorsque la phthisie à laquelle les parents ont succombé était acquise, que lorsqu'elle était pour eux-mêmes un héritage de famille. La phthisie à sa première génération serait donc moins dangereuse dans sa transmission héréditaire que la phthisie à sa deuxième génération. On conçoit, en effet, que la constitution soit plus altérée dans le second cas que dans le premier; et que le germe de cette altération, qui fait dès lors partie constitutive de l'organisme, réagisse plus immédiatement sur le produit de la génération dans les cas de phthisie héréditaire.

Étant donnée une famille composée de plusieurs enfants, dont l'un des deux chefs ou bien tous les deux sont morts de phthisie, l'influence héréditaire qu'en reçoivent les enfants peut se manifester de plusieurs manières différentes, et cette manifestation ne paraît être soumise à aucune loi bien fixe. Cette influence paraît quelquefois s'épuiser sur un seul enfant; mais lorsque la famille est nombreuse, on voit ordinairement cette influence se déverser sur plusieurs de

ses membres. Presque toujours quelques membres de la famille sont épargnés par la funeste influence qui semble s'être épuisée sur les autres, et on les voit jouir d'une très bonne santé. Il est assez rare que tous les enfants nés d'un père ou d'une mère tuberculeux succombent à la phthisie, à moins que la famille soit fort peu nombreuse. Mais comme il est impossible de juger à quelle limite s'arrêteront les effets de la prédisposition tuberculeuse, et quel sera le nombre de victimes qu'elle atteindra, on doit toujours concevoir les plus grandes craintes sur un malade qui excite des soupçons de phthisie pulmonaire, et qui a perdu de cette affection son père ou sa mère, et quelqu'un de ses frères ou sœurs. Les craintes seraient moindres, quoique fort graves encore, si le père ou la mère seuls avaient succombé à la phthisie.

Cependant, on ne doit pas oublier que des malades qui excitent dans la pensée de l'observateur le soupçon d'une phthisie, qui laissent croire par leurs réponses qu'un de leurs parents a succombé à cette affection, ne sont cependant point phthisiques, soit qu'ils égarent par leurs réponses le jugement de l'observateur sur la véritable nature de la maladie qui a occasionné la mort de leur père ou de leur mère, soit que l'influence de la phthisie ne se soit pas étendue des parents à l'enfant. Très souvent, interrogeant sur ce sujet des malades atteints d'une affection évidemment étrangère à la phthisie, nous avons eu pour résultat de leurs réponses, que, malgré la probabilité de mort par phthisie de l'un des deux chefs de la famille, tous les enfants nés de cette union étaient bien portants, assez forts, bien constitués, et, selon toute apparence, exempts de la tuberculisation pulmonaire.

On trouve rarement, à ce qu'il paraît, que les deux chefs de la famille soient morts de phthisie; je n'en vois pas un seul exemple bien évident dans toutes mes observations.

Tels sont les principaux résultats que fournit l'analyse des faits que j'ai recueillis dans les hôpitaux. On peut en résumer les traits les plus saillants en disant : 1° que l'absence de tout symptôme de phthisie chez les parents ne pourrait faire rejeter le soupçon de phthisie qui peserait sur un des enfants, qu'au cas où le malade n'aurait subi l'influence d'aucune des conditions antihygiéniques capables de faire naître la cachexie tuberculeuse. 2° Que la probabilité de phthisie chez le père ou la mère d'un malade actuellement en observation ne peut point, à elle seule, faire décider pour l'affirmative ce qui n'est encore qu'un soupçon. 3° Mais, qu'en général, on est d'autant plus fondé à juger dans ce sens, qu'on a la certitude mieux acquise que le père ou la mère ont, en effet, succombé à la phthisie, qu'un frère ou une sœur en ont été victimes également, et que des raisons puisées à d'autres sources appuient plus fortement ce premier soupçon. 4° Dans le diagnostic de la première période de la phthisie, on peut quelquefois tirer parti de ce fait : qu'en général, l'influence de l'hérédité se manifeste dans la première période de la vie, tandis que l'influence des conditions antihygiéniques capables de développer la phthisie se manifeste plutôt dans la seconde période de l'existence (1); et de cet autre fait, que la phthisie héréditaire est très rare dans la troisième période de la vie, tandis que la phthisie acquise s'y montre assez fréquemment.

J'ai étudié, dans quelques-unes de mes observations, d'autres circonstances de la santé des parents : par exemple, les maladies principales qu'ils ont eues pendant leur vie ; celles auxquelles ils paraissent être le plus sujets. Mais il est fort difficile, dans les hôpitaux surtout, d'obtenir des malades cet ordre de renseignements, et, par conséquent, d'avoir sur ce sujet des observations assez nombreuses

(1) Je suppose ici la vie divisée en trois périodes, l'une de 10 à 20, la seconde de 20 à 40, la troisième de 40 à 60 ans.

et assez choisies pour qu'on en puisse tirer d'exactes conclusions. J'attendrai que mes matériaux soient plus complets, pour rechercher l'influence que peuvent exercer sur le développement de la phthisie pulmonaire chez les enfants, les différentes maladies des systèmes cutané, digestif, etc., éprouvées par les parents. Ce point de doctrine devra nécessairement rester long-temps obscur. L'analyse de quelques observations que j'ai prises dans le but d'éclairer cette question, fournit cette donnée générale : que les maladies des appareils digestif et sécrétoire paraissent influencer, plus que celles de tout autre appareil (le système respiratoire excepté), la santé des enfants, et tendre à amener chez eux la prédisposition aux tubercules; mais ce fait a besoin de confirmation. On comprend de quelle importance peuvent être, pour l'hygiène publique, des travaux cliniques faits dans cette direction, et continués pendant long-temps sur une grande échelle.

CHAPITRE III.

SIGNES QUE PEUT FOURNIR LA CONSIDÉRATION DE L'AGE ET DU SEXE.

La phthisie pulmonaire peut se développer à tous les âges de la vie : les observations de M. Guersent prouvent qu'elle est très fréquente dans le premier âge ; et un assez grand nombre de faits, épars çà et là dans les recueils périodiques, démontrent qu'elle peut se montrer jusque dans la plus extrême vieillesse. Il m'est arrivé assez souvent, dans mes recherches d'amphithéâtre, de trouver des tubercules dans les poumons de vieillards de 60 à 70 ans. Ces tubercules étaient crus chez quelques-uns, ramollis chez d'autres. Entre ces

deux extrêmes (1), la période de la vie dans laquelle s'observent le plus de phthisiques est comprise, d'après M. Clark (2), entre 20 et 30 ans; puis vient la période comprise entre 30 et 40 ans. Hippocrate avait marqué l'âge de 18 à 35 comme celui auquel on est le plus exposé à la consomption (3). Il résulte des relevés faits par M. Andral que les individus mâles sont plus sujets à la phthisie de 21 à 28 ans, et les femmes avant la 20e année. Les relevés de M. Lombard donnent à peu près le même résultat.

Envisageant ces résultats sous le point de vue de notre sujet principal, nous voyons que, tant qu'on ne se rapproche pas trop des limites extrêmes de la vie, et surtout de celle qui touche à la mort, l'âge du sujet ne peut réellement nous fournir aucune donnée utile dans le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire. Dans nos observations, où se trouvent un assez grand nombre de phthisies *acquises*, nous voyons figurer, au delà de la période fixée par Hippocrate et confirmée par les siècles suivants, tous les âges successifs. On conçoit cependant que, passé l'âge de 35 à 40 ans, il y aurait moins de probabilité *pour* que *contre* l'existence d'une phthisie pulmonaire, chez un malade qui inspirerait quelques craintes à ce sujet; mais on conçoit aussi que le vague d'une pareille donnée ne saurait entrer pour aucune valeur dans un plan de diagnostic. Aussi concluons-nous de tout ceci, que l'âge d'un malade que l'on soupçonne phthisique ne peut entrer que comme un élément bien secondaire, bien éloigné, dans la solution de la question.

La considération du sexe est de nulle valeur dans le diagnostic dont nous nous occupons.

(1) On a cité le cas d'un vieillard de 93 ans, bien portant, chez lequel on trouva à l'autopsie une caverne et des tubercules infiltrés dans les poumons (the Edimb. med. surg. Journ. avril 1835).

(2) Clarck, Traité de la consomption, p. 176.

(3) Coac. Prog. 349.

CHAPITRE IV.

SIGNES QUE PEUT FOURNIR LA CONSIDÉRATION DES PHÉNOMÈNES QUI SE RATTACHENT AUX FONCTIONS UTÉRINES.

J'ai interrogé, chez nos malades femmes, les dérangements éprouvés par les fonctions utérines, depuis l'époque d'apparition des règles jusqu'au moment de la mort ou de la dernière observation. J'ai cherché surtout à découvrir le rapport qui pouvait exister entre les principaux faits relatifs aux fonctions utérines et la marche de la phthisie. Les faits les plus saillants qui ressortent de l'analyse de mes observations, sont les suivants :

Chez plusieurs de nos malades, hommes et femmes, la phthisie paraissait reconnaître pour cause occasionnelle et peut-être aussi pour cause déterminante, des excès vénériens sous différentes formes et à divers degrés.

Chez la plupart de nos malades femmes, les règles sont devenues moins abondantes, et surtout très irrégulières, à partir de l'époque à laquelle des symptômes bien marqués et constants ont annoncé que le travail de tuberculisation était bien établi. Quelquefois l'écoulement menstruel est devenu presque nul, mais il est rare qu'il se soit suspendu tout-à-fait dès le début de la phthisie. Le dérangement de la menstruation s'est manifesté plus ou moins rapidement à partir de cette époque.

Si, pendant une période assez longue, les phénomènes locaux et surtout les phénomènes généraux de la phthisie semblaient s'assoupir, comme cela s'observe assez souvent, on voyait, au bout de peu de temps, les règles manifester

une tendance vers leurs conditions primitives de régularité, et quelquefois couler plus abondamment. En un mot, il m'a paru bien évident que c'étaient les règles qui subissaient l'influence de la marche de la phthisie, et non pas la phthisie l'influence de la menstruation. Le travail de tuberculisation ne nous a paru être influencé par la menstruation que dans le cas seulement où un accident ou une imprudence commise par la malade déterminaient une suppression brusque des règles; alors le travail organique paraissait en être accéléré, et l'on remarquait surtout une aggravation des symptômes généraux. Cette aggravation se maintenait ou s'apaisait, suivant l'époque plus ou moins avancée à laquelle était arrivée la maladie, suivant que la menstruation, dérangée depuis plus ou moins long-temps, conservait plus ou moins de tendance à s'éloigner des conditions normales ou à y rentrer.

Je n'ai presque pas eu sous les yeux de femmes phthisiques actuellement enceintes, mais j'en ai interrogé et observé avec soin un assez grand nombre qui avaient été dans ce cas, ou bien qui venaient d'accoucher depuis peu de temps. Or, il était bien manifeste que, chez plusieurs d'entre elles, le travail organique avait pris tout-à-coup un très grand accroissement, ou simplement une marche plus rapide, dès le moment de l'accouchement; mais je ne saurais dire si ce travail s'était suspendu, ou bien s'il avait continué de marcher d'une manière lente pendant la longue période de la grossesse. Je note seulement ce résultat négatif : que mes observations ne nous offrent pas d'exemple de marche rapide de la phthisie pendant la grossesse.

Tels sont les faits les plus saillants et les plus généraux qui ressortent de mes observations. Je dois faire observer que ces faits présentent beaucoup d'irrégularités et d'exceptions; à tel point que, prenant mes réserves sur les résultats que je viens d'indiquer dans ce chapitre, je

remets à une époque où j'aurai par devers moi un nombre beaucoup plus grand d'observations, pour exprimer ces résultats avec plus de confiance, et pour me former à ce sujet une opinion plus précise.

Si nous envisageons cette question sous le point de vue du diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, nous voyons qu'il est impossible d'en tirer aucune donnée utile à ce diagnostic. La raison en est, que les dérangements de la menstruation, qui accompagnent ordinairement la phthisie, sont effet et non pas cause du travail organique qui s'opère dans les poumons et dans le reste de l'organisme (1); que ce travail ne réagit sur les fonctions utérines qu'à une époque où les symptômes locaux et généraux établissent suffisamment le diagnostic; enfin, que ces dérangements subis par les fonctions utérines sont soumis à trop d'irrégularité dans leur manifestation, et peuvent être produits par trop de causes différentes, pour qu'on puisse établir aucun rapport précis entre eux et le travail de tuberculisation pulmonaire.

(1) Ce que je dis ici n'a pas de rapport avec l'influence qu'une chlorose long-temps prolongée peut exercer sur la constitution d'une malade et sur le développement consécutif de la cachexie tuberculeuse. Je ne parle ici que des dérangements de la menstruation qui accompagnent ordinairement la phthisie pulmonaire.

CHAPITRE V.

SIGNES QUE PEUT FOURNIR LA CONSIDÉRATION DES MALADIES ÉPROUVÉES PAR LE MALADE.

—

I. Maladies étrangères au système respiratoire.

Presque tous nos malades ont été interrogés sur les maladies étrangères au système respiratoire qu'ils avaient eues pendant leur vie. Je me suis surtout appesanti sur les maladies vénériennes, les maladies scrofuleuses, les diverses suppurations, les maladies aiguës et chroniques des systèmes cutané et muqueux, celles du système digestif, et enfin sur les maladies étrangères aux systèmes précédents, étrangères aussi au système respiratoire, qui avaient frappé plus particulièrement l'attention des malades, et qui me paraissaient pouvoir se rattacher d'une manière quelconque au développement consécutif d'un travail organique. Ce genre de recherches, important sous d'autres rapports, ne m'a fourni jusqu'ici aucun fait général qui puisse servir au diagnostic de la première période de la phthisie : on y voit seulement, assez souvent, des engorgements ganglionnaires de la région cervicale coïncider avec le développement de la phthisie pulmonaire. Si, avec l'ensemble des caractères qui fondent le tempérament lymphatique, uni ou non à de fâcheuses circonstances d'hérédité, il existait ou avait existé des ganglions engorgés sur les parties latérales du cou ou ailleurs, ce pourrait être une raison de plus, dans un cas de doute, de faire pencher la balance du diagnostic du côté des tubercules. Mais cette circonstance deviendrait de nulle

valeur, si elle était isolée de l'une ou l'autre des deux conditions que je suppose.

Sous le point de vue de l'étiologie de la phthisie pulmonaire, je me bornerai à dire, en résumé, que les maladies des systèmes cutané et muqueux sont, parmi les affections étrangères au système respiratoire, celles qui se montrent le plus souvent dans nos observations de phthisie, celles qui paraissent avoir les rapports les plus directs avec la tuberculisation des poumons et la cachexie tuberculeuse générale. Pour le système cutané, ce sont surtout les maladies aiguës exanthématiques; pour le système muqueux, les maladies chroniques du système digestif, celles qui ont pour effet de modifier plus ou moins profondément, mais d'une manière permanente, le mode naturel des fonctions digestives. Que ces affections soient seulement causes occasionnelles d'une phthisie à laquelle le malade était déjà prédisposé, ou bien causes excitantes d'un travail de tuberculisation déjà commencé, comme le veulent la plupart des auteurs, ou que, selon d'autres, elles puissent être considérées comme causes formatrices, le fait n'en reste pas moins positif. L'un des deux malades que j'ai présentés à l'Académie comme exemples de phthisies reconnues dès leur début, avait ressenti les premières atteintes de la phthisie à la suite d'une rougeole. On en trouvera l'observation à la fin de cet ouvrage. C'était un jeune homme fort, robuste, sanguin, bien musclé, d'une taille petite, portant avec lui toutes les apparences de la santé ordinaire la plus solide. Il entrait dans nos salles pour une rougeole bénigne. Je l'examinai avec soin, et je prononçai qu'il existait des tubercules épars dans le sommet des poumons. En effet, sur la fin de la période de desquamation de la rougeole, un commencement de fièvre hectique se manifesta; le malade voulut sortir; mais six mois après il rentra dans la même salle avec tous les signes de cavernes dans le sommet du poumon droit.

II. Maladies du système respiratoire.

La recherche des rapports qui existent entre la phthisie pulmonaire et les différentes affections des plèvres et des poumons est une chose importante. Elle peut conduire à la solution de ce problème : les maladies des bronches, des plèvres, des poumons, sont-elles par elles-mêmes, par leur trop grande fréquence ou leur trop grande intensité, capables de déterminer le travail de tuberculisation, soit qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas, de la part du malade, prédisposition héréditaire à la phthisie? Ou bien, ces maladies ne doivent-elles figurer que comme effets du travail organique déjà établi dans les poumons? Outre l'intérêt qui s'attache à ces recherches, sous le rapport de l'étiologie et de la nature de la phthisie, elles peuvent, dans l'un comme dans l'autre des deux cas que j'ai posés, fournir quelques données utiles au diagnostic de la première période de cette affection. Dans ce chapitre, comme dans les précédents, je considérerai surtout la question sous ce dernier point de vue.

Nos interrogations ont porté d'une manière assez régulière sur les signes de bronchite, de pneumonie, de phthisie; sur les hémoptysies, sur l'expectoration, les altérations de la voix, la toux, la dyspnée et les sensations thoraciques éprouvées par le malade. Je renvoie ces derniers chefs de considération au moment où je ferai l'histoire des symptômes présents fournis par le système respiratoire (chap. VII, art. 1, 6 et 7). Je ne vais ici m'occuper que des premiers.

1° *Bronchite.*

Chez la presque totalité de nos malades, nous avons noté, comme circonstance antécédente, des rhumes nombreux, qui avaient commencé à une époque de la vie en général très rapprochée de celle où avaient apparu les premiers phé-

nomènes de *fièvre hectique*. Nous n'avons vu que rarement ces rhumes avoir leur origine dans des imprudences qui aient pu frapper l'attention des malades. Ils se rappelaient seulement avoir été atteints de rhumes à telle époque de leur vie; et cette époque devenait dans leur mémoire un point fixe, vers lequel, en général, ils rapportaient l'origine de l'altération de leur santé. Presque toujours nous voyons que ce premier rhume a été négligé, qu'il s'est prolongé fort long-temps, qu'il s'est renouvelé plusieurs fois sans cause bien suffisante, et que depuis cette époque, les malades ont conservé une grande disposition à s'enrhumer. Chez un assez grand nombre de malades, parmi lesquels on remarque surtout ceux dont la phthisie était *acquise*, la disposition à s'enrhumer a suivi de près l'apparition des premiers symptômes généraux, et a été le signal de l'altération successivement croissante de leur santé. Chez d'autres malades, en assez petit nombre, la disposition à s'enrhumer datait de leur enfance : c'est dans cette seconde classe que se trouvent les sujets qui présentent au plus haut degré les conditions de la phthisie *héréditaire*. Dans tous les cas, les rhumes développés sous l'influence de cette disposition particulière à les contracter survenaient à propos de causes fort légères, qui, chez tout autre personne, eussent été impuissantes à les produire. Ils se manifestaient surtout dans les saisons et les temps froids et humides, et quelquefois se perpétuaient si bien, que plusieurs malades nous ont assuré n'avoir point cessé d'être enrhumés depuis l'époque de leur premier rhume.

Tout porte à penser, comme on le voit, que l'apparition si fréquente des rhumes, la grande disposition des malades à les contracter, leur marche si longue et si rebelle, étaient, comme simples effets organiques, placés sous l'influence de la cachexie tuberculeuse générale, ou du travail de tuberculisation déjà établi dans les poumons.

L'analyse des faits que nous avons observés autorise surtout cette dernière opinion pour tous les cas où les malades ne font dater leur disposition à s'enrhumer que d'une certaine époque; pour les cas, encore, où le premier rhume, celui qui a été le signal de la série d'accidents développée dans la suite, est survenu sans cause appréciable; pour les cas, enfin, où ce premier rhume n'a été que faible, éphémère, où il a été suivi bientôt de rhumes de plus en plus forts et prolongés, et de symptômes locaux et généraux qui se sont accrus dans une proportion à peu près égale. Dans quelques-unes de nos observations, remarquables par la précision des renseignements qui nous ont été fournis par les malades, on trouve, il est vrai, qu'un rhume violent, non précédé d'autres rhumes, ou précédé seulement de rhumes passagers comme il en survient chez tout le monde, développé tout à coup, à la suite d'une cause bien suffisante à le produire, a été dans l'opinion des malades le point de départ de leur phthisie ; mais un examen attentif des faits de l'observation fait reconnaître, que déjà, selon toute apparence, la cachexie tuberculeuse générale était développée quand ce rhume est survenu, et qu'il n'a fait que hâter et fixer dans les poumons le travail de tuberculisation qui était plus ou moins en imminence.

Toutes les fois, donc, qu'à un âge de la vie ordinairement compris entre 18 et 35 ans, un premier rhume, survenu sans cause bien appréciable, s'est ensuite renouvelé plusieurs fois, et s'est accru successivement, reparaissant de temps en temps par la moindre des causes (un peu de fatigue, le plus léger refroidissement), traînant en longueur, et surtout dans les saisons froides et humides ; toutes les fois que cette période a marqué, dans la mémoire du malade, la première époque du décroissement successif de sa santé, on a tout lieu de craindre que ces rhumes ne soient liés essentiellement à la marche d'une phthisie pulmonaire. Ce-

pendant, on voit un assez grand nombre d'individus qui ont éprouvé fort souvent dans leur vie des symptômes de bronchite, qui ont toujours eu une grande disposition à contracter des rhumes, et qui néanmoins, quoique placés depuis long-temps dans de pareilles conditions, ne présentent actuellement aucun symptôme de phthisie, ou n'offrent à l'autopsie aucune trace de tubercules dans les poumons. Ces exemples suffisent pour ne faire attacher quelque importance diagnostique aux rhumes antécédents qu'autant qu'ils présentent réunies au moins la plupart des conditions que je viens d'exposer.

On voit quelques phthisiques accomplir toutes les périodes de leur affection, n'offrant de loin en loin que quelques légers signes de bronchite; on en voit d'autres, et j'en trouve deux exemples dans mes observations, qui assurent n'avoir jamais été enrhumés, n'avoir jamais toussé. Chez quelques-uns de nos malades, les rhumes, au lieu de suivre la marche que j'ai tracée précédemment, en ont suivi une fort irrégulière, de telle sorte que l'absence de rhumes antécédents, ou bien l'irrégularité de leur manifestation et de leur marche suivant l'ordre précédemment établi, ne pourrait donner qu'une présomption contre la pensée d'une phthisie pulmonaire.

Les observations que j'ai prises depuis l'époque où régna l'épidémie de grippe de 1837 (mois de janvier et de février) témoignent de la funeste influence qu'elle a eue sur le développement de la phthisie pulmonaire, chez les personnes qui déjà y étaient prédisposées. J'étais étonné, en prenant mes observations, du grand nombre de phthisiques qui me disaient n'être tombés que depuis cette époque dans l'état de dépérissement où je les voyais. Ces malades avaient eu la grippe très forte, et avaient eu surtout cette forme particulière de la grippe qui se manifestait par des symptômes de bronchite et par une grande dyspnée. Parmi les

phthisiques sur lesquels l'*influenza* de 1837 a agi d'une manière si funeste, les uns en étaient à une période avancée de la phthisie, les autres au premier degré seulement, au moment où je recueillais de leur bouche les renseignements que je viens d'exposer. Je ne parle ici que de ces derniers, parce que seuls ils intéressent l'étude de la première période de la phthisie pulmonaire; et je fais remarquer que chez la plupart d'entr'eux, selon toute apparence, la bronchite spécifique n'était plus seulement un effet du travail de tuberculisation déjà commencé, mais était cause excitante de ce travail. Il est vrai que les individus prédisposés à la phthisie par la nature de leur constitution paraissent avoir été plus exposés à contracter la forme thoracique de la grippe, mais la grippe n'en a pas moins agi comme cause excitante pour réaliser ce qui n'était encore qu'une prédisposition. Beaucoup de personnes, depuis l'époque de la grippe, sont restées dans un état de santé plus que douteux, contractant facilement des rhumes qui ne guérissent que difficilement; ordinairement pâles, faibles, tombant dans un état de demi-abattement et de langueur à la moindre fatigue; éprouvant facilement, vers le soir surtout, pour peu que leur vie devienne moins régulière, un état de faiblesse inaccoutumée, un état fébrile vague, un sentiment d'affaissement de tout leur être, un sentiment mal défini d'oppression et de gêne dans la poitrine; et cependant ne pouvant localiser nulle part d'une manière précise le siége de leur affection. J'ai déjà vu mourir plusieurs des malades phthisiques qui avaient, comme je viens de le dire, subi en 1837 l'influence de la grippe. Les observations que j'ai recueillies depuis ces deux dernières années contiennent un bon nombre de faits de ce genre. En résumé, on doit, je pense, concevoir des craintes sérieuses de phthisie sur un malade à constitution délicate, à peau fine, à poitrine peu développée, né de parents douteux sous ce rapport, qui se

plaindrait d'avoir éprouvé en 1837 une forte grippe, caractérisée surtout par des symptômes pectoraux, et d'être resté depuis cette époque dans l'état de santé dont je viens de tracer le tableau. On se rappelle qu'en 1832 et 1833, une épidémie à peu près semblable à celle dont je viens de parler sévit en Angleterre : elle eut les mêmes résultats que celle qui a régné en France, et surtout à Paris, en 1837. M. Clarck, qui a fait dans son pays les mêmes remarques que je fais dans le mien, s'exprime ainsi à ce sujet : « L'influenza qui régna en Angleterre dans l'été de 1832, et plus généralement encore au printemps de 1833, devint fatale à un grand nombre de valétudinaires, soit pendant son attaque, soit par l'effet de la débilité qui en était la suite. Les personnes affectées de phthisie tuberculeuse au premier degré éprouvèrent les mêmes effets, quoique d'une manière moins rapide, et l'origine de la phthisie chez ces malades fut attribuée, avec une grande apparence de vérité, à l'action de l'influenza » (1).

En un mot, le résultat de mes observations est d'accord, sur beaucoup de points, avec celui qu'ont obtenu de leurs recherches MM. Andral et Louis. Elles constatent que, chez un certain nombre de malades, les rhumes que l'on observe sont des effets de la cachexie tuberculeuse ou de la tuberculisation déjà existante; et que, chez d'autres, ils sont la cause excitante d'une phthisie, à laquelle leur constitution et quelquefois l'hérédité les prédisposent; ils sont quelquefois le signal du réveil d'un travail organique déjà commencé, mais assoupi, ou insidieux et obscur dans sa marche. M. Andral dit dans sa Clinique (2) : « On ne doit jamais perdre de vue que, pour que l'inflammation de la membrane muqueuse des conduits aériens puisse amener la production des tubercules pulmonaires, il faut admettre une prédisposition; cette

(1) Traité de la consomption, p. 56.
(2) Clinique médic., t. 2, p. 32.

prédisposition étant admise, nous pouvons facilement concevoir comment, chez un de ces individus, la plus légère bronchite suffit pour produire des tubercules, tandis que chez un autre, non prédisposé, la phthisie tuberculeuse ne résulte pas du catarrhe le plus grave et le plus long. »

2° *Pneumonie.* — 3° *Pleurésie.*

On ne peut que difficilement obtenir des malades, sur leurs antécédents morbides, des réponses assez précises pour juger si ce qu'ils appellent une fluxion de poitrine était exclusivement une pleurésie ou une pneumonie, ou bien l'une et l'autre à la fois. La description qu'ils font de leurs symptômes permet presque toujours de reconnaître la pleurésie quand elle a existé, mais il est rare qu'ils expriment aussi bien les symptômes auxquels on pourrait reconnaître avec certitude l'existence isolée ou concomitante d'une pneumonie; de telle sorte que je ne voudrais pas donner pour bien avéré ce résultat : 1° Que chez plus de la moitié des malades phthisiques dont j'ai recueilli l'observation (moins de 96 sur 192), il n'a existé ni pleurésie *ni pneumonie* appréciables par les réponses des malades; 2° Que chez un tiers environ (64 sur 192), il y a eu pleurésie, et que la pneumonie a été fort rare, sans que je puisse indiquer d'une manière précise le chiffre de sa fréquence.

Si on recherche les circonstances qui ont précédé et accompagné les fluxions de poitrine notées dans mes observations de phthisie, on arrive aux conséquences suivantes :

La pneumonie a paru être plutôt un accident tout-à-fait indépendant de la tuberculisation des poumons, qu'avoir aucun rapport avec elle, soit comme cause excitante ou occasionnelle, soit comme simple effet de l'irritation matérielle et des troubles circulatoires que peut amener la présence de la matière tuberculeuse dans les poumons. Si, dans mes observations, quelques cas de pneumonie peuvent être

interprétés dans l'un ou dans l'autre de ces deux derniers sens, c'est plutôt dans le premier que dans le second. Mais le fait ne me paraît point assez précis, pour que je le présente comme positif. Dans tous les cas, on ne saurait, je crois, être trop éloigné de la pensée : que la pneumonie puisse devenir cause formatrice directe des tubercules pulmonaires. Pour établir cette proposition, je me fonde sur des recherches de plusieurs années, dirigées dans le but spécial de savoir quelles influences ont pu exercer, sur la santé et la constitution d'un malade, les maladies qu'il a éprouvées jusqu'au moment où on l'examine. Pour cela, dans la plupart de mes observations, je fais l'histoire pathologique de toute la vie des malades, et je compare les divers états de santé et de constitution qu'ils ont présentés aux diverses époques de leur vie passée.

Il résulte de ce que je viens de dire sur la pneumonie, que la considération de son existence ou de sa non-existence antécédente ne peut être d'aucune utilité au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire.

Il n'en est pas de même de la pleurésie.

Dans les nombreuses autopsies que fournissent les hôpitaux de Paris, il n'est pas rare de trouver des fausses membranes épaisses, d'ancienne formation, déposées sur la surface d'un poumon, qu'elles réduisent quelquefois à un volume assez petit, sans aucune trace de tubercules dans le tissu pulmonaire. Pour mon compte j'ai plusieurs fois rencontré de ces cas On peut en conclure qu'une pleurésie peut passer à l'état chronique indépendamment de la présence de tubercules dans les poumons. Il m'est arrivé plusieurs fois, en faisant l'autopsie de sujets dont j'avais pris l'observation avec détails, de trouver des granulations tuberculeuses miliaires dans l'épaisseur d'une fausse membrane ancienne et épaisse, sans que le poumon sous-jacent en présentât aucune trace. Chez d'autres sujets,

quelques-unes de ces granulations miliaires se remarquaient au-dessous de la fausse membrane, dans la couche périphérique du poumon, et étaient tout au plus aussi avancées que celles de la fausse membrane. Chez d'autres sujets enfin, dont la pleurésie remontait à une date plus éloignée, toute la couche périphérique du poumon était infiltrée de tubercules miliaires, tandis que le centre n'en contenait aucun : de telle sorte qu'une coupe verticale de toute l'épaisseur du poumon représentait un cône intérieur plein et exempt d'altération, emboîté en quelque sorte dans un cône extérieur creux et formé par un tissu pulmonaire tout infiltré de tubercules. Dans les faits que je viens de citer, qui représentent trois degrés différents d'un même fait, nous voyons la tuberculisation se manifester d'abord dans la fausse membrane, puis envahir successivement les parties environnantes, et s'étendre sur l'organe parenchymateux placé au-dessous. Dans ce mode tout particulier de phthisie, la tuberculisation paraît avoir une tendance spéciale à s'étendre de la fausse membrane qui en est le point de départ au poumon sous-jacent : mais quelquefois elle peut aussi s'étendre dans le sens opposé, c'est-à-dire du côté de la paroi costale; c'est ainsi que dans quelques cas analogues à ceux que je cite, j'ai trouvé de la matière tuberculeuse amorphe déposée dans le tissu cellulaire sous-costal. Une fois, j'ai rencontré une assez grande caverne tuberculeuse dans l'épaisseur d'une fausse membrane ancienne, fibro-cartilagineuse, tandis que le poumon sous-jacent offrait à peine çà et là quelques traces de commencement de cavernes. Dans la tuberculisation ordinaire, on voit, en général, les premiers tubercules se développer vers les parties centrales du poumon, et la phthisie s'étendre de là, successivement, vers la périphérie de l'organe : dans le mode de tuberculisation que je décris, la marche de la maladie est tout opposée; l'affection se manifeste

d'abord à l'entour de l'organe, dans un produit de nouvelle formation; elle gagne ensuite la périphérie du poumon, et de là se propage vers ses parties centrales. La forme miliaire a toujours été la seule que le poumon et les fausses membranes nous ont présentée dans ces circonstances. Plusieurs des sujets sur lesquels ont été faites ces observations anatomiques étaient d'une constitution primitive très forte, d'un tempérament sanguin plutôt que tout autre, et rien, dans leurs circonstances d'hérédité, ni dans l'histoire de leurs premiers antécédents, ne révélait la plus petite disposition à la phthisie. Remarquons que, chez quelques-uns d'entre eux, les circonstances anatomiques que je viens de retracer ne s'observaient que sur un seul poumon, celui qui était revêtu de la fausse membrane (l'autre restant parfaitement sain), et ne s'observaient sur aucun autre viscère de l'économie. Ces malades avaient été surpris en pleine santé par le brusque développement de leur pleurésie. Celle-ci avait traîné en longueur, était passée à l'état chronique ; et dès cette époque avaient commencé la série de symptômes généraux et l'altération successive de la santé et des forces, qui avaient accompagné les malades jusqu'au tombeau. Ainsi reconnaissons : que dans le plus grand nombre des cas, il est vrai, le passage de la phthisie à l'état chronique et la tuberculisation de la fausse membrane sont le résultat d'une phthisie pulmonaire préexistante au développement de la pleurésie ; mais reconnaissons aussi, en présence des faits que je viens de citer, que, dans quelques cas, le passage de la phthisie à l'état chronique et la tuberculisation de la fausse membrane peuvent se manifester indépendamment de toute phthisie préexistante, indépendamment de toute prédisposition innée à la phthisie; reconnaissons qu'une fausse membrane pleurétique, résultat d'une pleurésie passée à l'état chronique, peut devenir le siége *primitif* d'un travail de tuberculisation, et par suite entraîner

un pareil travail, mais *consécutif*, dans le tissu pulmonaire sous-jacent. Le mode de tuberculisation que je viens d'exposer n'est pas seulement un fait d'observation; il se trouve aussi d'accord avec l'analogie : on sait qu'un tissu de nouvelle formation, déposé dans un point quelconque de l'économie, tend toujours à développer autour de lui un travail organique, travail salutaire ou travail funeste, suivant l'importance et la nature du tissu sur lequel il s'exerce, et suivant les conditions générales où se trouve l'organisme au moment où il se manifeste. Si les conditions locales et générales sont telles que le travail morbide ait pris une fâcheuse direction, c'est sur le lieu même où est né ce travail que se manifestent ordinairement ses premiers effets, c'est-à-dire les premières altérations organiques; puis, le travail morbide se propage autour de son foyer primitif, et les altérations qui en sont la suite envahissent avec lui les organes environnants. Or c'est là la marche que nous ont présentée les faits précédents : pleurésie devenue chronique par les imprudences du malade; formation morbide épaisse et ancienne, déposée sur la surface d'un poumon; fâcheuses conditions locales et générales nées de la gêne de fonction d'un organe aussi important à la vie; travail morbide provoqué par la présence de la fausse membrane épaisse qui emprisonne le poumon; funeste direction de ce travail, née des conditions locales et générales; formation et dépôt de matière tuberculeuse dans la fausse membrane d'abord, puis dans le parenchyme sous-jacent, quelquefois même, comme je l'ai dit précédemment, dans la couche celluleuse sous costale opposée au parenchyme. Dans les cas que j'expose, il peut n'être pas toujours possible de distinguer si la tuberculisation du poumon a été consécutive, ou simultanée, ou même primitive à celle de la fausse membrane; mais, dans tous les cas, il reste évident que c'est par suite de l'influence locale et générale qu'a exercée la pleurésie chronique, que sont nés

et la cachexie tuberculeuse et le fait accompli de la phthisie pulmonaire. En effet, plusieurs de nos malades éloignaient toute idée de prédisposition *héréditaire* à la phthisie; or, cette prédisposition et ses effets ne s'étant manifestés qu'à la suite de la pleurésie, il est évident que, dans ces cas particuliers, c'est la pléurésie qui doit être considérée comme cause déterminante de la phthisie pulmonaire observée. Son influence pour amener ce résultat peut être conçue de deux manières : 1° La gêne considérable de respiration, qui résulte de l'emprisonnement de tout un poumon par d'épaisses fausses membranes, peut, à la longue, amener une détérioration telle des fonctions nutritives, qu'il en résulte la cachexie tuberculeuse; que celle-ci se localise sur les poumons, comme cela est ordinaire, et en premier lieu sur celui des deux poumons qui est le siége d'une excitation morbide continuelle : en effet, nous prouverons, dans le chapitre suivant, qu'une altération persistante de la nutrition, qui prend sa source dans le dérangement de l'une des principales fonctions de l'économie, peut entraîner le développement de la cachexie tuberculeuse chez les sujets les plus éloignés d'un pareil fait, par leur constitution et leurs conditions d'hérédité. 2° Nous ferons voir également qu'en s'opposant, par un certain nombre de moyens contraires à l'hygiène, au libre et naturel exercice de l'ensemble des fonctions d'un individu, on peut, à la longue, développer chez lui la cachexie tuberculeuse : or, un organe pris en particulier ne représente-t-il pas un tout complet, n'a-t-il pas son existence individuelle, et, si on le place dans les mêmes circonstances que l'individu tout entier, ne peut-il pas subir les mêmes conséquences? N'est-ce pas là le cas d'un poumon comprimé depuis long-temps par une épaisse fausse membrane? En même temps qu'elle jette dans le désordre tous ses mouvements physiologiques, cette fausse membrane est auprès

de lui comme un levain morbide qui provoque à chaque instant quelque travail de dégénérescence organique. En acceptant momentanément cette explication, on se rend compte de la localisation de l'affection ; on s'explique pourquoi, dans les cas que j'ai cités précédemment, le poumon emprisonné par la fausse membrane était le seul organe de l'économie occupé par des tubercules; on peut concevoir que l'affection tuberculeuse, après avoir été locale pendant quelque temps, réagisse ensuite sur l'organisme tout entier, et provoque alors les symptômes généraux qui ont été observés chez nos malades peu de temps avant leur mort. Mais ceci est une pure hypothèse, une simple explication, peut-être vraie, peut-être fausse, et je prie qu'on la sépare des faits que j'ai cités précédemment; je prie qu'elle n'influence pas le jugement que l'on portera sur cette partie de mes recherches ; si je me suis décidé à présenter cette explication, c'est parce qu'elle fait envisager la question de la phthisie sous un nouveau point de vue et qu'elle peut provoquer des recherches utiles.

Mes observations tendent à prouver que le même mode de tuberculisation que je viens de signaler pour la plèvre et pour ses produits morbides par rapport aux poumons, se développe pour le péritoine par rapport aux intestins, pour l'arachnoïde par rapport au cerveau, et que telle paraît être, dans quelques cas, l'origine des tubercules intestinaux et cérébraux. J'ai déjà exposé cette pensée, devant la Société anatomique, avec des pièces à l'appui, dans le cours de l'année 1837; elle se rattache à de grandes questions de pathologie et de pathogénie; elle demande, pour être bien comprise, et pour conserver la valeur que lui donnent les faits de clinique et d'anatomie pathologique sur lesquels elle s'appuie, d'être exposée avec des détails que ne comportent ni les limites ni la nature de cet ouvrage; aussi, me proposé-je d'en faire l'objet d'une publication à part (1).

(1) Mais en attendant le travail spécial que j'ai intention de publier à

Concluons des faits précédents : 1° Que le passage d'une pleurésie à l'état chronique ne doit pas nécessairement faire

ce sujet, je puis détacher de mes observations un exemple qui fera pressentir, rien que par son exposé, quelques-uns des nouveaux points de vue sous lesquels cet ordre de faits permet de considérer la phthisie pulmonaire. J'engage le lecteur à consulter aussi, à propos du sujet dont il s'agit, l'observation abrégée que j'ai inscrite à la fin du chapitre XII.

Une jeune fille de 22 ans, nommée Adélaïde Desher, entra à la Charité, (n. 32 de la salle Ste-Marthe, service de M. Andral), le 7 avril 1837. Déjà cette malade s'était aperçue d'un léger affaiblissement de sa santé (qu'elle avait lieu surtout d'attribuer à des chagrins), toutefois sans éprouver encore aucun phénomène de fièvre hectique, lorsque, quelques mois avant son entrée, elle fut prise d'une fluxion de poitrine assez grave, caractérisée par un point de côté et du crachement de sang. La marche de cette fluxion de poitrine fut un peu lente, sa résolution peu franche. A partir de cette époque, la santé de la malade avait faibli de plus en plus ; elle était tombée d'abord dans un état de langueur et de malaise général, puis de frisson, de fièvre, d'amaigrissement, de dérangement des selles et des digestions, état qui s'était aggravé de plus en plus. Pendant le temps qui s'écoula entre le moment de son entrée et sa mort, nous observâmes chez cette malade tous les symptômes qui composent l'appareil fébrile que j'ai désigné sous le nom de fièvre hectique aiguë (Voy. 2e partie, chap. XVI). C'est sur cet ensemble de signes généraux, autant que sur les signes locaux observés du côté gauche de la poitrine principalement, que nous admîmes l'existence d'une phthisie pulmonaire aiguë de forme miliaire.

C'est à peine si les phénomènes locaux observés au moment de l'entrée de la malade subirent quelques légères modifications jusqu'au moment de sa mort ; tandis que les phénomènes généraux eurent bientôt atteint, dans leur marche toujours croissante, un haut degré d'intensité. Plus tard, le dévoiement vint se joindre aux autres phénomènes morbides ; et après être tombée, d'un état d'embonpoint plus qu'ordinaire et très bien conservé encore au moment de son entrée, dans le marasme le plus complet, la malade mourut le 25 juin de la même année.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans la poitrine et dans le ventre les désordres suivants :

Poitrine :

Poumon droit libre dans toute son étendue, recouvert sur toute sa surface d'une mince pellicule pseudo-membraneuse qui, dans le lieu de sa plus grande épaisseur, n'offrait pas plus d'un quart de ligne. De petites granulations miliaires, d'un blanc mat, un peu ovoïdes, résistantes sous la pression par laquelle on cherchait à les écraser, semblables, en un

supposer l'existence d'une tuberculisation du côté où elle a lieu; 2° Que loin de là, si ce fait arrive sur un sujet qui

mot, aux granulations tuberculeuses que l'on trouve fort souvent dans les poumons des phthisiques, occupaient l'épaisseur de cette petite pellicule pseudo-membraneuse, et étaient engagées dans la substance même de cette pellicule. L'examen le plus scrupuleux ne faisait découvrir aucune trace de ces granulations, non plus que de tubercules sous aucune forme, dans le poumon sous-jacent. Un peu d'engorgement, sans dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques de ce poumon.

Poumon gauche adhérant de toute part à la plèvre pariétale au moyen d'une épaisse couche de fausse membrane, qui, dans quelques parties, avait au moins deux lignes d'épaisseur, avec une consistance et un aspect fibro-cartilagineux. De la matière tuberculeuse concrète, sous les formes *miliaire* et *amorphe*, se trouvait répandue dans l'épaisseur de la fausse membrane, et dans toute son étendue. Sous la forme de granulations miliaires, la matière tuberculeuse occupait surtout les parties les moins épaisses et les moins denses de la fausse membrane, tandis que ses parties les plus épaisses et les plus denses étaient occupées par des espèces de petits gâteaux ou de petites plaques de matière tuberculeuse amorphe parfaitement caractérisée. De larges fusées de cette même matière tuberculeuse amorphe se remarquaient dans le tissu cellulaire sous-pleural des parois costales. Les fausses membranes interlobaires offraient la même infiltration tuberculeuse que celles de la surface du poumon. Dans quelques points de ces fausses membranes, la matière tuberculeuse amorphe semblait avoir éprouvé un commencement de ramollissement, car elle était de consistance caséeuse, tandis que partout ailleurs elle était dure.

Quant au poumon que recouvraient ces fausses membranes, la matière tuberculeuse, en très petite quantité, qui s'y remarquait, était exclusivement sous forme de granulations miliaires. Ces granulations miliaires étaient très peu avancées dans leur développement, transparentes pour la plupart, extrêmement peu nombreuses comparativement à l'énorme quantité de matière tuberculeuse qui infiltrait les fausses membranes; et elles occupaient d'une manière exclusive la couche périphérique du poumon, c'est-à-dire la partie de cet organe immédiatement contiguë à la fausse membrane qui l'emprisonnait. Pas une seule de ces granulations ne se remarquait vers les parties centrales de l'organe. Elles n'étaient pas plus nombreuses au sommet du poumon que dans le reste de son étendue. Elles étaient un peu plus nombreuses seulement au niveau des points où la fausse membrane était plus épaisse et plus dense. Ce qui frappait surtout, c'était le petit nombre de ces granulations, leur situation tout-à-fait excentrique et leur développement beaucoup moins avancé que pour les granulations qui occupaient les fausses membranes; si bien que le poumon semblait ne faire que

sous tous les rapports éloigne la pensée d'une prédisposition à la phthisie pulmonaire, et qui a été surpris brusquement,

commencer à s'infiltrer de la matière tuberculeuse qui occupait en si grande quantité les fausses membranes, et semblait ne subir cette altération que par voie de contiguité.

Dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques de ce poumon. Quelques-uns ramollis à leur centre.

Abdomen :

Péritoine. Toute la surface du péritoine était occupée par une fausse membrane (péritonite chronique restée ignorée) fort ancienne et épaisse dans quelques parties, mince, molle et récente dans quelques autres. — Partout où elle était mince et molle, cette fausse membrane, comme celle du poumon droit, était infiltrée de granulations tuberculeuses miliaires transparentes, dont on ne retrouvait de même aucune trace dans les viscères sous-jacents à la séreuse. —Partout au contraire où elle était dense, épaisse, d'ancienne formation, la fausse membrane péritonéale était toute infiltrée et de granulations miliaires opaques et de matière tuberculeuse amorphe sous forme de petits gâteaux, comme cela avait lieu sur la fausse membrane de la plèvre gauche. Des granulations miliaires, transparentes pour la plupart, en fort petit nombre, beaucoup moins volumineuses et moins avancées que celles de la fausse membrane, se remarquaient, les unes entre la membrane propre de la rate et la fausse membrane péritonéale qui la recouvrait, les autres au-dessous de la membrane propre, d'autres enfin dans le tissu de la rate, mais seulement dans les couches périphériques de cet organe, dont le tissu était d'ailleurs très sain. Sous tous ces rapports, la plus grande analogie existait entre la rate et le poumon gauche. Un seul tubercule miliaire se trouvait déposé dans la couche périphérique du parenchyme hépatique, au-dessous de la fausse membrane d'ancienne formation qui recouvrait la surface du foie. — Ce dernier organe offrait l'altération connue sous le nom de foie gras.

Canal gastro-intestinal. Estomac sain sous tous les rapports. Dans l'iléon, quelques glandes de Peyer, très légèrement saillantes, sans aucune trace de ramollissement et encore moins de suppuration ou d'ulcération. Dans aucune partie de l'intestin on ne trouvait de trace de ramollissement ni d'ulcération de la muqueuse; une seule ulcération superficielle, ne présentant aucun des caractères ordinaires aux ultérations tuberculeuses de l'intestin, se remarquait vers la fin du colon iliaque.—Comme les ganglions bronchiques, les ganglions mésentériques étaient pour la plupart dégénérés en matière tuberculeuse; plusieurs étaient ramollis vers leur centre. (Pour aider à l'interprétation de cette partie de l'observation, je dirai qu'à peu de distance de l'époque où a été faite cette autopsie, nous avons ouvert le cadavre d'un phthisique chez lequel toute la surface interne du canal in-

au milieu d'une bonne santé ordinaire, par le début d'une pleurésie survenue sous l'influence de causes plus ou moins appréciables, et passée à l'état chronique par les imprudences du malade, on aura la presque certitude qu'il n'y avait pas préexistence de tubercules; 3º Mais que si cet état continue, s'il dure depuis long-temps, si la santé du malade paraît tendre à se détériorer, ou bien si elle reste languissante, si d'ailleurs on constate, par les signes ordinaires, l'existence d'une fausse membrane autour des poumons, on devra craindre ou même soupçonner un travail de tuberculisation dans la fausse membrane et dans le poumon sous-jacent; 4º On en aura la presque certitude, si on voit dans la suite survenir un dépérissement graduel des forces et de la constitution, et s'allumer quelques symptômes généraux de fièvre hectique, sans autre cause capable de les expliquer.

Hors le cas particulier que je viens d'exposer, tout ce que nous avons dit de la bronchite, considérée sous le point de vue de l'étiologie de la phthisie pulmonaire, s'applique également à la pleurésie; c'est-à-dire que, selon les circonstances, elle peut devenir cause excitante d'une tuberculisation à laquelle le malade est préparé par une prédisposition spéciale, cause accélératrice d'un travail de tuberculisation déjà commencé ou assoupi, ou bien n'être que l'effet d'une tuberculisation déjà existante. Dans ce dernier cas, on la voit

testinal était parsemée d'ulcérations tuberculeuses très larges et très profondes, et chez lequel néanmoins il n'existait sur des intestins aussi malades, non plus que dans aucun point de l'abdomen, aucune trace de péritonite, ni ancienne, ni récente; aucune trace non plus de granulations tuberculeuses sur aucun des viscères abdominaux).

On voit, en somme, que les désordres observés sur le péritoine et sur les viscères de l'abdomen étaient une exacte répétition de ceux qui existaient sur les plèvres et sur les viscères thoraciques. Tout porte à penser, comme on le voit, que le travail de tuberculisation n'a atteint les viscères que postérieurement aux fausses membranes qui les recouvraient. Je me borne à cette indication.

ordinairement apparaître sans cause connue, disparaître et reparaître fort souvent dans un espace de temps quelquefois très court, se montrer sous des formes légères avec une marche fugace et un siége variable. Ce siége est indiqué par les douleurs pleurétiques qu'éprouve le malade. Les pleurésies qui se présentent dans de pareilles conditions appartiennent ordinairement à la première période de la phthisie pulmonaire; elles sont ordinairement sèches, et s'accompagnent de bruit de frôlement pleurétique; elles annoncent la marche envahissante de la phthisie, du centre à la périphérie du poumon; elles se manifestent particulièrement lorsque la tuberculisation occupe spécialement les couches excentriques de l'organe. Nous en avons eu un fort bel exemple chez un malade couché en 1836 au n° 1 de la salle St-Michel, à l'hôpital de la Pitié: les pleurésies incidentes ont présenté chez lui exactement la marche, les formes et les symptômes que je viens d'indiquer. Nous vîmes se développer sous nos yeux successivement tous les symptômes de la phthisie; les pleurésies dont je viens de parler attirèrent notre attention, et nous mirent sur la voie de reconnaître les tubercules, que jusque là nous n'avions fait que soupçonner.

La pleurésie qui survient à une période plus avancée de la phthisie, sous l'influence de la marche croissante de la tuberculisation, présente une marche et une forme différentes : elle s'accompagne ordinairement d'épanchement dans la plèvre, est beaucoup plus intense, et persiste beaucoup plus long-temps.

M. Louis pose en fait que toute pleurésie *double avec épanchement* suppose la coexistence de tubercules ou de gangrène pulmonaires. Il fonde ce principe sur ce que, parmi 150 malades pleurétiques qu'il a observés, il n'y avait de pleurésies doubles avec épanchement bien constaté que celles qui étaient compliquées de gangrène et surtout de tuber-

cules pulmonaires (1). Deux fois j'ai observé la pleurésie double avec épanchement chez des malades adultes, l'un homme, l'autre femme, chez lesquels les conditions d'hérédité, la constitution, la santé habituelle, la marche franche de la pleurésie vers une rapide guérison, éloignaient la pensée d'une phthisie. Qu'il n'y eût pas quelques tubercules crus épars çà et là dans les poumons, c'est ce que je ne voudrais pas assurer, parce qu'il est tels cas où quelques rares tubercules disséminés dans le tissu pulmonaire ne sauraient être atteints par le diagnostic, parce qu'à l'ouverture des corps on trouve quelquefois des tubercules dans les poumons d'individus chez lesquels tout en éloignait la pensée. Mais enfin, dans l'état actuel de la science, on devait penser qu'il n'en existait pas chez les deux malades que je cite. On rencontre quelquefois, dans les autopsies que l'on fait, d'anciennes adhérences pleurétiques des deux côtés de la poitrine, ou bien des traces récentes de pleurésie double avec un léger épanchement tenant en suspension une matière floconneuse, et cela sans traces de tubercules dans les poumons. On peut dire, il est vrai, dans le premier cas, que les pleurésies des côtés droit et gauche ont été successives, et non pas simultanées; mais cette objection perd de sa valeur quand les fausses membranes paraissent avoir la même date de l'un et de l'autre côté; or, c'est ce qui était dans quelques-uns des cas que j'ai observés. Mais envisageons la question sous un autre point de vue, et voyons si la pleurésie double primitive peut être distinguée de la pleurésie double consécutive à la tuberculisation des poumons. La première se montre dans des conditions telles, qu'on pourrait tout au plus supposer un commencement de tuberculisation, tandis que la seconde n'apparaît d'ordinaire qu'à une époque déjà avancée de la phthisie. Le plus ordinairement, la première succède brusquement à l'in-

(1) Clinique médicale de la Pitié, Janvier 1836.

fluence de causes bien sensibles; sa marche est franche et rapide ; elle a surpris le malade dans un bon état de santé ; si elle est bien traitée et prise à temps, elle disparaît avec facilité et sans retour. La seconde, au contraire, débute d'une manière sourde, sans cause extérieure bien appréciable; sa marche est lente, irrégulière, insidieuse; elle est née plus ou moins sourdement au milieu d'un ensemble de phénomènes morbides locaux et généraux, et elle tend, quoi qu'on fasse, à devenir chronique. Concluons de là que la pleurésie double avec épanchement doit, en principe général, éveiller la pensée d'une complication de tubercules, complication qu'on reconnaîtra ordinairement avec facilité, à cause du degré auquel elle existe; mais que, dans un certain nombre de cas exceptionnels, une pleurésie double peut avoir lieu sans complication de tubercules.

Des pneumonies et des bronchites fréquentes, intercurrentes, à marche douteuse, excitant à chacune de leurs réapparitions un ensemble de phénomènes généraux disproportionnés à leur étendue et à leur intensité, ayant leur siége électif dans le sommet de la poitrine, devraient exciter le soupçon d'un commencement de tuberculisation des poumons. Il en serait de même des signes de la congestion pulmonaire sanguine active, s'ils se présentaient dans les mêmes conditions. Ce fait nous a été offert par deux de nos malades, atteints à la fois de congestion sanguine active du sommet du poumon droit, et de phthisie dont le maximum était de ce côté.

En résumé, la pleurésie, la bronchite, la pneumonie, la congestion sanguine active des poumons, considérées sous le rapport de l'étiologie des tubercules pulmonaires, peuvent, dans beaucoup de cas, être regardées comme des effets d'un travail de tuberculisation déjà commencé; dans d'autres, comme causes accélératrices de ce travail, quand sa

marche est très lente; comme ses causes excitantes ou occasionnelles, dans les cas où il n'avait pas encore pris naissance, le malade y étant prédisposé par sa constitution primitive; mais jamais comme causes formatrices directes, dans ce sens que la sécrétion tuberculeuse serait un produit de l'inflammation. J'excepte de cette dernière proposition le cas où des fausses membranes anciennes se seraient déposées sur le poumon d'un individu primitivement très sain, mais sans invoquer pour cela l'inflammation chronique comme cause directe des tubercules qui surviennent; je dis seulement que cette circonstance, en s'opposant au libre exercice de l'une des principales fonctions de l'économie, entraîne des désordres tels dans la nutrition partielle et générale, que l'organisme tout entier ou l'organe en particulier sont entrés dans les conditions qui prédisposent aux tubercules, prédisposition qui se change en fait par la persistance d'action des causes perturbatrices de la fonction respiratoire et de la nutrition locale et générale. On peut, en effet, admettre deux sortes de prédisposition aux tubercules: l'une native, dépendante de la constitution primitive; l'autre, acquise, dépendante des conditions anti-physiologiques qui ont agi sur l'organisme tout entier ou sur une de ses parties. Si elles ont exercé leur première action sur le poumon, l'affection a pu commencer là, être locale d'abord, et puis retentir sur tout l'organisme et devenir générale. Si elles ont agi de prime abord sur l'ensemble de l'organisme (comme nous le verrons surtout dans le chapitre suivant), la cachexie tuberculeuse, une fois développée, se localise ensuite dans son organe de prédilection, c'est-à-dire dans le poumon. J'admets comme positive la seconde de ces deux explications; je n'admets la première que comme possible. Ainsi, les affections inflammatoires des bronches, des plèvres, des poumons, ne me paraissent capables d'influencer le développement d'une phthisie pul-

monaire, qu'à la condition d'une prédisposition, soit innée, soit acquise. Telle est l'impression générale qui résulte de l'analyse de nos observations. Ces conclusions sont presque en tout semblables à celles que M. Andral a tirées de ses recherches (1).

Considérées sous le point de vue de leur valeur diagnostique, les bronchites, les pneumonies, les pleurésies actuellement existantes, ou développées autrefois chez les malades qui, sous d'autres rapports, excitent un soupçon de phthisie pulmonaire, peuvent fournir au diagnostic de la première période de la phthisie des indications que j'ai formulées précédemment, et qui sont tirées surtout de leur mode d'invasion, de leur marche, de leur durée, et de leurs rapports avec les changements successifs observés dans la santé des malades et avec leur prédisposition innée ou acquise au développement de l'affection tuberculeuse.

4° *Hémoptysies.*

L'hémoptysie ne se montre pas aussi souvent dans nos observations qu'on s'y serait attendu d'après les relevés de quelques auteurs : c'est tout au plus si on la retrouve sur le quart de nos malades. Cela tient peut-être à ce qu'un certain nombre de nos observations portent sur les premières périodes seulement de la phthisie, c'est-à-dire sur une époque de cette affection à laquelle n'avaient pas encore apparu les hémoptysies qui devaient en marquer les progrès. Leur nombre, relatif à celui des malades atteints de phthisie pulmonaire, diminue surtout beaucoup, si, nous renfermant dans la question du diagnostic de la première période de cette affection, et ne prenant en considération que les hémoptysies qui peuvent servir à porter ce diagnostic, nous bornons notre examen à celles qui se produisent dans les limites de cette première période. Ce nombre, déjà très res-

(1) Auscultat. méd., édit. de M. Andral, vol. 2, p. 92, 93, 94, 95, 96, 97.

treint, diminue encore si l'on en sépare les cas d'hémoptysies qui dépendent de toute autre cause que d'une tuberculisation des poumons. Les observations des auteurs constatent que des hémoptysies peuvent être le résultat de maladies du cœur, et j'en trouve quelques exemples parmi le nombre assez considérable d'observations de ce genre que j'ai recueillies depuis quelques années. L'apoplexie pulmonaire s'accompagne ordinairement d'une hémoptysie assez abondante. On voit des hémorrhagies bronchiques, supplémentaires de l'hémorrhagie menstruelle supprimée, survenir à de fréquentes reprises, et quelquefois d'une manière régulière, chez des femmes qui ne présentent aucune probabilité de tubercules, quoiqu'elles soient depuis assez long-temps soumises à cette influence. En 1833, j'en ai vu un fort bel exemple à l'hôpital de la Charité, dans la salle de M. le professeur Bouillaud. La malade avait éprouvé depuis long-temps, à chaque époque menstruelle, une hémoptysie assez abondante qui remplaçait ses règles. Elle y était accoutumée; sa santé n'en avait pas souffert notablement; et rien, ni dans sa constitution, ni dans les circonstances d'hérédité, ni dans les résultats de l'auscultation et de la percussion, n'autorisait chez elle la pensée d'une phthisie. Enfin, en dehors des circonstances précédentes, on voit encore des hémoptysies avoir lieu chez des individus qui éloignent sous tous les rapports le soupçon d'une phthisie; une grande pléthore sanguine, certaines influences physiques en sont quelquefois les causes apparentes; tandis que, dans d'autres cas, on les voit survenir, sans cause appréciable, chez des individus d'une constitution bien différente de celle que je viens de supposer. Ainsi, le nombre des malades chez lesquels l'hémoptysie peut entrer comme élément dans le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, est beaucoup plus restreint qu'on ne serait porté à le penser d'après les écrits de quelques auteurs; et, comme il

est loin d'être facile de distinguer, dans les limites de la première période de la phthisie, si l'hémoptysie se rattache à la présence de tubercules dans les poumons, ou bien aux diverses circonstances morbides que je viens d'analyser, il en résulte que l'importance de l'hémoptysie comme moyen de diagnostic de la première période de la phthisie diminue d'autant. Toutefois, comme les hémoptysies qui se lient à l'existence de tubercules sont infiniment plus nombreuses que celles qui dépendent de tout autre cause, comme certaines circonstances peuvent mettre sur la voie de distinguer auquel de ces deux ordres de causes elles appartiennent, on peut encore ajouter une assez haute importance à la considération de cet élément du diagnostic.

Les hémoptysies légères, de l'avis de presque tous les auteurs qui ont été à même de rapprocher souvent la symptomatologie de l'anatomie pathologique, sont surtout celles qui peuvent apparaître en dehors de la complication de tubercules pulmonaires. Il en est de même des hemoptysies médiocres comparativement à celles qui sont fort abondantes; de telle sorte, qu'en général, et tout étant égal d'ailleurs, la probabilité de tubercules s'accroît en raison directe de l'abondance de l'hémoptysie qui vient exciter le soupçon. Mais on ne doit pas oublier que des hémoptysies fort légères, essentiellement liées à l'existence d'une phthisie, peuvent quelquefois servir de prélude à des hémoptysies plus abondantes, de même que des hémoptysies abondantes peuvent se montrer indépendamment de toute complication de tubercules; et que dès-lors, tout en tenant compte de l'abondance de l'hémorrhagie, il ne faut pas perdre de vue, pour l'exacte appréciation du fait, les circonstances dans lesquelles il se produit, les phénomènes qui le précèdent et qui le suivent, et sa marche particulière.

C'est ainsi que l'existence constatée d'une affection du

cœur portée à un haut degré devrait faire suspendre le jugement sur la véritable origine d'une hémoptysie, parce que le trouble circulatoire qu'entraîne ordinairement une affection du cœur un peu prononcée est à lui seul capable de causer l'hémoptysie. Je dis *suspendre le jugement*, et non pas repousser tout de suite la pensée d'une phthisie, parce que j'ai vu plusieurs fois la phthisie coexister avec une maladie du cœur, et le jugement rester incertain sur celle de ces deux affections à laquelle on devait rapporter l'hémoptysie.

L'hémorrhagie bronchique, supplémentaire de l'écoulement menstruel, ne pourrait être considérée comme placée sous l'influence exclusive de la suppression des règles, qu'au cas où elle apparaîtrait régulièrement aux époques menstruelles, où elle ne se montrerait pas dans les intervalles, où elle présenterait, sous le rapport de son abondance et de sa durée, les conditions à peu près naturelles de l'écoulement menstruel, où elle serait indépendante de prédisposition aux tubercules par hérédité ou par constitution; enfin, au cas seulement, où, malgré une date plus ou moins ancienne, elle ne s'accompagnerait d'aucun changement notable dans la constitution et la santé. On ne pourrait rejeter avec confiance la pensée d'une phthisie que dans ces conditions seulement, car un auteur dont le jugement est grave nous dit : « Presque toutes les fois que j'ai vu des femmes cracher du sang à chaque période menstruelle, je me suis assuré qu'elles avaient des tubercules pulmonaires (1). »

Les hémoptysies qui sont liées à l'existence de la phthisie apparaissent quelquefois tout-à-coup, au milieu des conditions de santé en apparence les meilleures, et sont alors le premier symptôme de phthisie qui se manifeste; mais, le plus ordinairement, le malade accusait déjà quelque sentiment de malaise, d'affaiblissement de sa santé, de gêne dans

(1) Auscultat. médiate, édit. de 1837, t. 1, p. 307; note de M. Andral.

la poitrine, d'oppression vague, de fièvre le soir, quand a paru la première hémoptysie. Il est même présumable que le cas de l'hémoptysie survenu au milieu de la santé parfaite est plus rare qu'on ne le pense, et que la croyance où l'on est généralement à cet égard tient, au moins dans beaucoup de cas, à ce que l'observateur n'interroge pas bien son malade, ou bien à ce que les malades laissent passer inaperçus les premiers symptômes de leur maladie, et ne commencent à s'observer que du moment où leur attention a été excitée par une circonstance un peu frappante, telle qu'une hémoptysie. On se rend un compte bien plus satisfaisant du mécanisme de production de l'hémoptysie, en admettant qu'elle est consécutive au développement de tubercules, qu'en la supposant préexistante à ce développement. Il est rare que des tubercules existent en assez grand nombre dans les poumons sans manifester leur présence par quelques phénomènes locaux ou généraux; et, d'après ce que nous venons de dire, on voit, le plus souvent, l'hémoptysie tuberculeuse être précédée de quelques symptômes locaux ou généraux qui, à eux seuls, sont capables de faire soupçonner la nature de l'affection. Les détails et la précision avec lesquels sont recueillies nos observations ne laissent aucun doute sur ce fait considéré comme règle générale. Il en résulte cette conséquence, que la valeur diagnostique de l'hémoptysie, comme signe de tubercules, tout étant égal d'ailleurs, est d'autant moindre qu'il reste plus douteux, après l'interrogation que l'on a fait subir au malade, que des symptômes locaux ou généraux, susceptibles d'être rattachés à la première période de la phthisie, aient existé avant l'apparition de cette hémoptysie. En sorte que, si un malade intelligent, interrogé avec soin, a répondu négativement sur cette question, ou bien si, par une observation attentive, antécédente à l'hémoptysie, on s'est assuré qu'elle a surpris le malade en état de parfaite santé, on a, je crois,

plus de raison d'éloigner que d'adopter la pensée d'une phthisie; surtout si l'hémoptysie a été légère, et si elle a paru être influencée par des causes physiques. On devrait accorder d'autant plus de confiance à l'opinion contraire, que les circonstances seraient plus opposées. On voit, par cette alternative, l'extrême importance qu'il y a à interroger un malade avec précision, à entrer dans le détail des phénomènes qu'il a pu éprouver, et à fixer d'une manière bien nette les époques d'apparition des divers symptômes. M. Louis est un des médecins de notre époque qui ont le plus insisté sur la nécessité de cette manière d'observer.

L'hémoptysie qui s'est produite sous l'influence de causes physiques, telles que l'exposition à un air très chaud, l'ascension sur une haute montagne, l'anhélation qui suit une course forcée, l'action trop prolongée de la parole, surtout dans un amphithéâtre; celle qui a succédé immédiatement à un trouble profond de la respiration et de la circulation produit par une grande émotion morale, devront entraîner moins facilement la pensée de phthisie, que l'hémoptysie qui aura paru tout-à-coup, à propos d'un très petit effort de voix ou de toux, ou bien, comme on l'observe quelquefois, sans qu'on puisse en accuser la moindre des causes. Les unes et les autres pourront appartenir à la phthisie, mais il y aura beaucoup plus de probabilité pour la première origine que pour la seconde, surtout si d'autres raisons portent à penser qu'il n'y a pas de tubercules dans les poumons.

Parmi ces raisons, on doit surtout citer la constitution forte, le tempérament sanguin, l'habitude pléthorique, la circonstance de parents sains; au contraire, une constitution faible, un tempérament lymphatique, une poitrine étroite, la pâleur des tissus coïncidant avec une certaine rougeur des pommettes, et enfin la prédisposition héréditaire à la cachexie tuberculeuse, devraient, dans le cas d'hémoptysie, faire pencher l'opinion du côté de la phthisie. Si

l'hémoptysie survenait chez une personne à constitution primitivement forte, à santé long-temps robuste, mais l'une et l'autre beaucoup affaiblies par des excès de différents genres, par des influences antihygiéniques, on aurait encore des raisons, mais beaucoup moins puissantes que dans le cas précédent, de la rattacher à l'existence de tubercules dans les poumons.

Une première hémoptysie doit, quand elle apparaît dans l'une des circonstances défavorables que je viens d'exposer, exciter déjà des craintes très sérieuses de phthisie ; mais ces craintes deviennent, en général, d'autant plus fondées, que les hémoptysies se sont renouvelées plus souvent. L'existence d'une phthisie n'est plus douteuse, si, à chacune de leurs apparitions, les hémoptysies ont conservé ou bien présenté de plus en plus les caractères que j'ai exposés plus haut, comme indiquant leurs rapports avec le développement de tubercules dans les poumons. Telle hémoptysie qui, à sa première apparition, n'avait laissé qu'une impression très douteuse, très vague sur l'esprit de l'observateur, à cause des circonstances qui l'accompagnaient, laissera une impression de plus en plus grave et de plus en plus profonde, si elle se renouvelle plusieurs fois, et surtout si en se renouvelant elle paraît s'éloigner des conditions premières qu'elle avait offertes, pour se rapprocher de celles qui ordinairement supposent des rapports entre une hémoptysie et le développement de tubercules dans les poumons. J'insiste sur ce dernier point, parce qu'on a vu des individus éprouver plusieurs attaques d'hémoptysies, sans en éprouver jamais aucun accident qui pût être rapporté à la phthisie. Nous avons aujourd'hui encore, sous nos yeux, et même parmi les médecins les plus connus des hôpitaux de Paris, des hommes qui ont eu plusieurs fois d'abondantes hémoptysies, qui long-temps se sont crus phthisiques, et qui cependant présentent tous les attributs d'une très bonne

santé. C'est que chez eux, en général, elles sont restées dans les conditions que j'ai exposées comme étant les moins en rapport avec le développement de tubercules dans les poumons.

L'une des circonstances qui fait juger le plus sûrement de la valeur et de l'origine des hémoptysies, est l'absence de tout phénomène morbide dans leur intervalle, ou bien au contraire la manifestation de plus en plus évidente d'un certain nombre des phénomènes locaux ou généraux que nous indiquerons (aux chapitres VII et VIII) comme appartenant à la première période de la phthisie. Dans le premier cas, les craintes que l'on aurait pu concevoir à l'époque de la première hémoptysie devraient être abandonnées plus ou moins complètement, selon le degré de bonne conservation de la santé; quoique cependant il ne faudrait pas oublier, dans le jugement qu'on prononcerait, que dans quelques cas, rares à la vérité, la phthisie semble rester tout-à-fait stationnaire dans l'intervalle des hémoptysies. Dans le second cas, les craintes qu'on aurait justement conçues dès l'abord augmenteraient en raison directe de l'évidence et de la marche croissante des symptômes propres à la première période de la phthisie.

L'existence, antécédente à l'hémoptysie, de rhumes fréquents, difficiles à guérir, faciles à reparaître et à augmenter, accompagnés d'une toux sèche, doit faire juger défavorablement de l'hémoptysie qui est apparue dans ces circonstances.

Parmi les différentes circonstances que je viens de passer en revue, les unes expriment une liaison plus ou moins directe entre l'hémoptysie et la présence de tubercules dans les poumons, les autres jettent du doute sur ce rapport, ou même l'écartent tout-à-fait; les unes et les autres peuvent être plus ou moins prononcées, combinées ensemble en plus ou moins grand nombre: de là naissent les divers degrés de certitude

que pourra présenter le jugement qu'on aura à prononcer. A l'aide des données générales que je viens d'exposer, il sera possible, le plus souvent, de juger assez exactement les différentes combinaisons de faits particuliers que l'on rencontre dans la pratique. Les propositions que j'établis comme mesures de la valeur diagnostique des hémoptysies dans l'histoire séméiologique de la première période de la phthisie, sont autant de résumés des conclusions auxquelles conduisent les observations que j'ai recueillies sur la phthisie pulmonaire. La plupart de ces propositions sont conformes aux conclusions que d'autres auteurs avaient tirées de leurs propres observations. Je m'empresse de citer particulièrement Laënnec et M. Andral (1). Laënnec résume en ces termes ce qu'il pense de l'hémoptysie, comme signe de tubercules (2e vol. p. 227) : «D'après ce que nous avons dit de cette hémorrhagie, on peut voir que ce signe, quelque inquiétant qu'il soit, est toujours douteux. » Ainsi, je crois qu'après un examen attentif des faits observés, il est permis de se rassurer un peu sur le pronostic si fâcheux qui avait été attaché dans ces derniers temps aux hémoptysies, et surtout de se rassurer beaucoup sur celles qui sont fort légères et non répétées. Nous pouvons dire avec MM. Chomel, Bourdois de la Motte et Royer-Collard, à propos du jugement porté par M. Louis (2) sur la valeur des hémoptysies considérées comme signes de tubercules : « Que cette terrible conséquence est heureusement infirmée par beaucoup de

(1) Auscultation médiate de Laënnec, édition de M. Andral; 1er vol., page 182 à 184, et 304 à 309; 2e vol., page 171 à 173, et 227 à 229.

(2) Recherches sur la Phthisie, p. 194. « Nous pensons que l'hémoptysie, à part les cas de violence extérieure et de suppression des règles, indique *d'une manière infiniment probable*, quelle que soit l'époque de son apparition, la présence de quelques tubercules dans les poumons. Nous ne disons pas *d'une manière certaine*, plusieurs faits bien constatés paraissant faire exception à cette règle. »

faits. » Si j'ai insisté beaucoup sur ce point, c'est surtout à cause des conclusions auxquelles était arrivé M. Louis, et de l'importance que l'autorité de ce nom avait donnée à ces conclusions.

Laënnec croit pouvoir affirmer (1er vol. p. 305) « que le plus grand nombre des hémoptysies légères ou médiocres sont le résultat d'une simple exhalation sanguine à la surface de la muqueuse bronchique, et que les hémoptysies abondantes, au contraire, ont leur source principale dans le tissu vésiculaire du poumon. » Ainsi se trouverait expliqué le rapport qui existe entre les hémoptysies abondantes et la présence de tubercules dans les poumons, et le rapport des hémoptysies légères avec des circonstances étrangères à la phthisie.

L'hémoptysie peut avoir lieu à tous les moments de la première période de la tuberculisation. J'ai insisté surtout, comme on vient de le voir, sur celle qui apparaît dans les premières phases de cette première période, parce que la juste appréciation de la valeur diagnostique de ce signe de phthisie nous importait d'autant plus, qu'il devenait applicable à une époque de cette affection où il n'y a encore que peu de signes capables de la faire reconnaître. A mesure qu'on avance dans la première période, on voit apparaître successivement un certain nombre de phénomènes qui, le plus souvent, indépendamment de la présence des hémoptysies, peuvent suffire au diagnostic, mais qui offrent une bien plus grande valeur quand ils se trouvent réunis à ces signes. C'est ainsi que la *certitude* naît d'un faisceau de *preuves*, qui, isolées, n'eussent donné que l'incertitude. En résumé, on peut formuler ainsi la valeur des hémoptysies comme signe de tubercules pulmonaires :

1° Leur absence ne peut point faire rejeter l'opinion d'une phthisie ;

2° Elles prouvent d'autant plus l'existence de la phthisie,

qu'elles présentent, plus complets et en plus grand nombre, les caractères sur lesquels j'ai insisté précédemment, comme indiquant leur liaison avec la présence de tubercules dans les poumons;

3º Elles doivent inspirer d'autant plus de doute, ou même d'autant plus d'éloignement pour la pensée d'une phthisie, qu'elles s'éloignent davantage des conditions qui établissent leur rapport avec cette affection.

Les hémoptysies très légères ou très médiocres; celles qui se lient à l'existence d'une affection de cœur; celles qui remplacent périodiquement et avec régularité les règles supprimées; celles qui apparaissent brusquement, sous l'influence d'une cause physique manifeste et violente, ou sous l'influence d'une très forte émotion morale, au milieu de la santé la plus parfaite, et ne laissent après elles aucune trace fâcheuse; celles qui ne se prolongent que fort peu de temps, qui ne se renouvellent que rarement et toujours à propos des circonstances précédentes, dans la saison des chaleurs, chez des individus à constitution forte, à tempérament sanguin, à habitude pléthorique, nés de parents sains, non affaiblis par des excès de travail, de débauche ou de chagrins, sont celles qui permettent le plus de se rassurer sur la crainte de la phthisie. Celles qui se produisent dans les conditions opposées ne laissent aucun doute sur l'existence des tubercules, quand ces conditions sont réunies en nombre suffisant. Cette certitude diminue, et le doute lui succède, dans les combinaisons intermédiaires de ces deux ordres de conditions; mais on doit ne point oublier que la fréquence relative de la phthisie et des autres circonstances morbides dans lesquelles peuvent se produire les hémoptysies est telle, que le *doute*, qui est le premier degré du jugement affirmatif ou négatif, doit être interprété en faveur de la phthisie, et que la *probabilité*, qui précède immédiatement la *certitude*, est le point seulement

où l'on peut commencer à faire pencher la balance du côté des circonstances étrangères à la phthisie, comme seules causes des hémoptysies que l'on observe.

5° *Congestion sanguine active des poumons.*

Déjà, à propos de la pneumonie, j'ai dit quelques mots de la congestion sanguine active des poumons considérée comme signe de la présence de tubercules dans ces organes. Je résume ici ce qu'on peut dire sur cet état morbide considéré sous le point de vue spécial du diagnostic de la première période de la phthisie. La congestion sanguine active des poumons s'accompagne le plus ordinairement d'un sentiment de gêne à respirer, de malaise dans l'intérieur de la poitrine, d'oppression vague; or, quand on interroge avec soin les malades atteints de phthisie pulmonaire au premier degré, on reconnaît que ces symptômes se sont présentés fort souvent au début de leur affection. On obtient surtout ce renseignement auprès des malades intelligents, capables d'observer et d'analyser les changements qui se passent en eux. Par là, il devient présumable que ces symptômes se rapportent, au moins dans un certain nombre de cas, à la congestion pulmonaire; mais ils peuvent aussi, selon toute apparence, être dus à la seule présence des tubercules déposés dans les poumons. Les signes locaux de la congestion sanguine active des poumons permettent bien de juger s'il y a ou s'il n'y a pas actuellement congestion pulmonaire sanguine active; mais ces signes ne sauraient dire par eux-mêmes, si la congestion est ou non compliquée de la présence de tubercules. Toutefois, si on était témoin de plusieurs atteintes successives de congestion pulmonaire sanguine active ayant son siége seulement dans le sommet d'un des poumons, coïncidant avec les circonstances d'hérédité et de constitution qui indiquent la prédisposition aux tubercules, et quelquefois avec un certain nombre des symptômes locaux et généraux,

encore douteux, qui se montrent aux premières époques de la phthisie pulmonaire, on serait autorisé à soupçonner la présence de tubercules dans les poumons. Mais si on ne pouvait juger que par les réponses du malade, de l'existence antécédente de congestions sanguines des poumons, on ne devrait en tirer aucune conséquence pour ou contre la probabilité d'une phthisie, parce qu'on ne saurait être sûr de l'exactitude du fait sur lequel on se fonderait.

De la congestion sanguine active des poumons et des hémoptysies considérées comme causes de la tuberculisation des poumons.

Les hémoptysies et la congestion sanguine active des poumons peuvent être rattachées à l'histoire étiologique de la phthisie. Voyons dans quel sens et dans quelles limites elles agissent pour préparer ce résultat.

D'abord, on peut établir en fait que l'une et l'autre n'ont de puissance pour atteindre ce but, qu'autant qu'il existe une prédisposition soit innée soit acquise aux formations tuberculeuses; on peut établir en fait que leur action se borne à mettre en jeu cette prédisposition, à appeler son développement sur l'organe où elles-mêmes se sont manifestées, et à rendre plus ou moins rapides et plus ou moins intenses les mouvements morbides qui tiennent à la cachexie tuberculeuse. Les faits cliniques prouvent, avons-nous dit plus haut, que les hémoptysies, considérées comme signes de la première période de la phthisie, revêtent un caractère tout particulier de gravité quand elles coïncident avec une constitution faible, un tempérament lymphatique, une poitrine étroite, des chairs pâles et molles, une certaine animation des pommettes, enfin avec la circonstance de parents morts phthisiques; parce que dans ces cas, le plus ordinairement, ou même à peu près toujours, elles se lient à l'existence d'une phthisie. Or, que sont ces

circonstances, sinon la prédisposition tuberculeuse que je supposais plus haut, et qui, d'après mon dire, se localisait dans le poumon, dès qu'elle y était appelée par un travail de congestion ou d'hémorrhagie.

Cette influence de la congestion et de l'hémorrhagie pulmonaire étant reconnue, on peut l'expliquer de deux façons : — D'une part, on peut supposer que l'une et l'autre ont pour effet : 1° d'appeler dans le poumon les mouvements morbides qu'entraîne après elle la cachexie tuberculeuse, mouvements morbides d'où résultent le travail de tuberculisation et le dépôt de la matière tuberculeuse dans le parenchyme pulmonaire; 2° ou bien de provoquer de nouvelles formations tuberculeuses, et d'accélérer la marche de celles qui existent déjà, quand la localisation du travail morbide est déjà effectuée. — D'autre part, dans les cas d'hémoptysie, soit que des tubercules existent déjà, soit qu'il n'en existe pas encore, on peut penser que le sang extravasé, sous la condition d'une prédisposition aux formations tuberculeuses, fournit lui-même les matériaux des tubercules, comme cela a lieu pour différentes autres productions morbides. — Dans le premier cas, la prédisposition aux tubercules n'aurait fait qu'être éveillée, localisée et excitée dans ses effets ; dans le second, l'hémorrhagie aurait plus directement concouru à ces effets, en en fournissant les matériaux. Ces deux opinions, que je vais successivement examiner, représentent l'état actuel de la science sur cette question.

I. — *a*. La congestion sanguine active des poumons ou les hémoptysies doivent-elles être considérées comme pouvant influencer la première apparition des tubercules dans les poumons? Oui ; mais dans un assez petit nombre de cas pour la congestion, et dans un très petit nombre pour l'hémoptysie.

Dans mon travail sur la congestion sanguine active des poumons (voyez précédemment page 285), j'ai dit la période de la vie à laquelle cet état morbide avait sa plus

grande fréquence. Puis, comparant ce résultat statistique avec celui qu'on a obtenu sur l'âge de maximum de fréquence des hémoptysies et des tubercules pulmonaires, je suis arrivé à cette conséquence : que la période de maximum de la congestion précédait la période de maximum des hémoptysies, et que cette dernière période de maximum précédait celle de la tuberculisation bien confirmée. Ensuite, liant ces trois phénomènes ensemble, et recherchant la raison de leur apparition dans un ordre déterminé, j'ai été conduit naturellement à faire remarquer que ce sont là les trois phénomènes principaux qui dominent la plupart des formations morbides, et que l'ordre précédent est en effet celui dans lequel ils se manifestent pour l'accomplissement de celles de ces productions dont on peut suivre la marche. Si le mode de formation de ces produits morbides est applicable aux tubercules, nous aurons établi par là même que la congestion sanguine active des poumons et l'hémoptysie, considérées ensemble ou isolément, peuvent, chez un individu prédisposé aux formations tuberculeuses, influencer la première apparition de tubercules dans le poumon, en appelant sur cet organe et en excitant le travail de tuberculisation qui domine la cachexie tuberculeuse. Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, ceux surtout où la prédisposition aux tubercules est très prononcée, le dépôt de cette matière se fait dans les organes, sans paraître avoir été précédé ni par l'hypérémie ni par l'hémorrhagie interstitielle ou autre ; ces cas restent donc en dehors des applications de notre principe : mais il est incontestable aussi, que, dans beaucoup d'autres cas, l'hypérémie active et quelquefois l'hémorrhagie interstitielle, ont été les seules causes appréciables et satisfaisantes de la localisation du travail de tuberculisation dans telle ou telle partie de l'organisme. Ce travail morbide peut ainsi être appelé dans des parties où il n'a que peu de tendance à se fixer : on en a de nom-

breux exemples surtout dans les observations de chirurgie; à plus forte raison sera-t-il appelé avec succès, par les mêmes influences, dans les organes où il a naturellement la plus grande tendance à s'établir, c'est-à-dire dans les poumons. Ainsi, il reste prouvé que, dans un certain nombre de cas, la première apparition des tubercules pulmonaires peut être influencée par la congestion sanguine et l'hémoptysie. La possibilité du fait étant établie, nous avons la preuve de son existence dans la différence et la succession des époques de la vie auxquelles les congestions, les hémorrhagies et les tubercules confirmés ont leur maximum de fréquence, et dans l'ordre suivant lequel ces trois phénomènes se succèdent à ces trois époques différentes. Quant aux limites dans lesquelles le fait a lieu, elles sont très restreintes pour l'hémoptysie, elles le sont moins pour la congestion. Les observations de Laënnec, de M. Andral, de M. Louis, quelques-unes des miennes également, prouvent bien, il est vrai, qu'un certain nombre de phthisiques ont été sur pris par leur première hémoptysie dans un très bon état de santé : il est probable que, chez les malades de ces observations, il n'y avait pas encore de tubercules dans les poumons, au moment où l'hémoptysie a eu lieu. Mais tout porte à penser que la préexistence de l'hémoptysie aux tubercules du poumon est un fait très-rare. On sait que peu de médecins prennent la peine de bien interroger leurs malades sur les premiers symptômes de leur affection, sur la première apparition de ces symptômes; on sait que peu de malades font attention aux premières manifestations symptomatiques, et que, quelquefois, des tubercules existent dans les poumons sans qu'aucun symptôme en fasse soupçonner l'existence. Quant à la congestion sanguine active, son développement antécédent à celui des tubercules doit être moins fréquent qu'on ne serait d'abord disposé à le penser; car les conditions de constitution et de tempérament qui

paraissent les plus favorables à son développement (tempérament sanguin), sont à peu près opposées aux conditions qui fondent la prédisposition à la phthisie héréditaire qui est la plus commune. Ce résultat s'accorde avec le fait que nous énoncions précédemment, que, dans les cachexies tuberculeuses les plus prononcées, la localisation du travail de tuberculisation est souvent hors de toute influence d'une hypérémie active, préexistante sur l'organe où s'effectue cette localisation. Les cas où la congestion sanguine active peut être considérée comme la cause qui a localisé le travail de tuberculisation sur l'organe pulmonaire paraissent être ceux où la cachexie tuberculeuse était le moins prononcée, ceux où elle avait le plus besoin, en quelque sorte, d'être appelée sur les poumons pour s'y fixer, ceux par conséquent où il est le plus possible au médecin d'être utile à son malade, en détruisant la cause (congestion sanguine active) qui tend à appeler le travail de tuberculisation sur des organes où il n'a déjà que trop de tendance naturelle à se fixer. On voit de quelle importance il peut être de surveiller les congestions sanguines des poumons, de les reconnaître quand elles se sont formées, et de les combattre avec soin. La thérapeutique de la phthisie, une fois engagée dans cette voie préventive, n'aurait pas seulement à s'inquiéter des cas où il y aurait eu hémoptysie, mais aussi de ceux où il y aurait eu simple congestion. Et ce serait d'autant plus heureux, comme plusieurs fois je l'ai fait pressentir, que le plus ordinairement, selon toute apparence, il y a déjà des tubercules dans le poumon, quand a lieu la première hémoptysie tuberculeuse.

b. La congestion sanguine active des poumons et les hémoptysies qui appartiennent à l'histoire de la phthisie, ne sont le plus ordinairement que des effets de la présence de tubercules dans les poumons, les secondes surtout; elles ont alors pour résultat d'accélérer le développement des tuber-

cules déjà formés, et de provoquer de nouvelles formations tuberculeuses.

Dans le cas de non-préexistence des tubercules à l'hémoptysie ou à la congestion, une circonstance purement accidentelle, une certaine disposition aux congestions viscérales, avaient produit une congestion pulmonaire, et celle-ci, soit qu'elle eût conservé sa forme primitive, soit qu'elle eût fini par revêtir la forme hémorrhagique, avait concentré sur le poumon une prédisposition cachectique spéciale, jusque là vaguement répandue sur toute l'économie, et avait servi de point de départ à certains mouvements morbides, d'où était résultée la formation tuberculeuse : le travail de tuberculisation, jusque là seulement imminent, n'avait fait qu'obéir à l'appel qui lui était fait sur un organe où d'ailleurs il était attiré par ses tendances naturelles.

Dans le cas de préexistence des tubercules, il a suffi de ces tendances naturelles, mais très prononcées, pour que la prédisposition aux tubercules manifestât ses effets sur le poumon. Une fois effectué, le dépôt tuberculeux appelle autour de lui des congestions sanguines plus ou moins fréquentes ; selon telles ou telles circonstances, ces congestions peuvent aller jusqu'à l'hémorrhagie, et à leur tour réagir sur le travail de tuberculisation.

Le premier cas ne comprend qu'un certain nombre de phthisiques, ceux dont la cachexie tuberculeuse était à un degré peu élevé ; le cas actuel peut se présenter indistinctement chez tous les phthisiques, et se montrer fort souvent pendant la durée de leur affection.

La congestion pulmonaire, et surtout l'hémoptysie, s'expliquent d'une manière beaucoup plus satisfaisante, quand on les suppose postérieures à la formation des tubercules pulmonaires, que lorsqu'on admet qu'elles en précèdent le

(1) C'est aussi là l'opinion de M. Andral. Voyez son édition de Laënnec, vol. 2, p. 171.

développement. Il me paraît devoir être fort rare, d'après le résultat de mes études sur la congestion sanguine active des poumons, qu'en dehors de toute complication, de toute influence physique manifeste, la congestion soit assez forte pour se terminer par hémorrhagie. C'est ce qui fait que l'hémoptysie qui ne dépend, ni de la présence de tubercules dans les poumons, ni de tout autre cause *physique* capable de la produire, est un fait rare. Je ne l'ai observée que deux fois chez les vingt-trois malades atteints de congestion pulmonaire dont j'ai recueilli les observations : dans un cas, il s'agissait d'une phthisie confirmée; dans l'autre, d'une phthisie seulement soupçonnée. Chez ce dernier malade, l'hémoptysie avait succédé à un violent effort, soutenu pendant long-temps, pour monter un poids considérable au haut d'un escalier fort élevé.

On sait qu'une phthisie pulmonaire, considérée dans son entier, se compose ordinairement de plusieurs formations successives de tubercules. Il est rare qu'elle se borne à une première jetée de la matière tuberculeuse. Lorsque vient l'autopsie d'un phthisique chez lequel on a observé la marche de la maladie, si on rapproche l'anatomie pathologique de la symptomatologie, on retrouve, dans les formations tuberculeuses de divers degrés et dès lors de diverses dates, les principales époques que les recrudescences symptomatiques observées de loin en loin avaient marquées dans la marche de la maladie. Or, nous savons que chaque nouvelle hémoptysie, surtout à mesure qu'on s'éloigne des premières époques de la maladie, marque un nouveau progrès dans les symptômes; on se rappelle que ces hémoptysies successives sont, dans la mémoire des malades, autant de points fixes vers lesquels ils font remonter chaque époque principale d'aggravation de leur maladie : il est donc impossible de douter que les congestions pulmonaires, ainsi que les hémoptysies qui surviennent dans le cours d'une tuberculisa-

tion pulmonaire, aient pour effet de provoquer de nouvelles formations tuberculeuses, et de devenir causes accélératrices de la marche de la maladie, d'autant plus que la cachexie tuberculeuse augmente chaque jour.

II. Sous l'influence d'une prédisposition à l'affection tuberculeuse, des tubercules peuvent-ils se former au milieu d'un caillot sanguin? Oui. Ce fait étant admis, doit-on penser que la présence d'un ou de plusieurs caillots sanguins au milieu du tissu pulmonaire, doive hâter le moment d'apparition et de développement des tubercules dans les poumons, en ce sens que ceux-ci se développent plus facilement au milieu d'un caillot sanguin que dans le tissu pulmonaire? Non.

1° Un homme de 52 ans, tailleur, nommé Hut, entra le 16 mars 1837 à l'hôpital de la Charité (n° 16 de la salle Saint-Louis, service de M. Andral), et succomba le 10 avril à une phthisie pulmonaire de forme miliaire et à marche aiguë. A l'autopsie, nous trouvâmes les poumons occupés dans toute leur épaisseur par une tuberculisation miliaire seulement, arrivée dans beaucoup de points à l'état de cavernes. Toute la partie inférieure de l'intestin grêle et tout le gros intestin étaient criblés de petites ulcérations capables seulement de contenir une tête d'épingle. Au centre d'un gros caillot de sang contenu dans l'aorte, où il était libre d'adhérence, continu aux caillots renfermés dans le cœur, existait une masse blanchâtre, ovoïde, de matière fibrineuse. Cette petite masse était toute parsemée et presque entièrement formée d'une multitude de petites granulations arrondies, du volume d'une tête d'épingle, faciles à isoler, non suppurées, non ramollies, non vascularisées, blanchâtres, en un mot semblables aux granulations tuberculeuses miliaires que l'on rencontre dans l'épaisseur des fausses membranes pleurétiques et dans l'épaisseur du poumon.

Dans aucune autre partie du corps, on ne trouvait de traces de tubercules.

Que seraient ces granulations, semblables à celles du poumon et des fausses membranes pleurétiques, si elles n'étaient des tubercules? Il me semble difficile de donner à ce fait une autre interprétation.

Je n'ai jamais trouvé rien de semblable dans le poumon. Laënnec (1) dit aussi n'avoir jamais vu d'engorgement hémoptoïque se transformer en tubercules miliaires. M. Andral a cité dans sa Clinique (2) le fait d'un homme affecté de péritonite chronique, qui avait eu dans les derniers temps de sa vie d'abondantes hémoptysies, et chez lequel on trouva, dans le poumon droit, plusieurs noyaux d'engorgement hémoptoïque, dont l'un était parsemé d'un assez grand nombre de granulations d'un blanc jaunâtre, *présentant tous les caractères des tubercules miliaires à l'état naissant*; d'autres étaient fournis par une matière plus liquide, qui ressemblait *à une goutte de pus*. M. Mériadec Laënnec a exprimé l'opinion (3) « que les tubercules naissants décrits par M. Andral étaient des tubercules déjà anciens et en partie ramollis. » Sous l'influence de cette critique de M. Mériadec Laënnec, M. Andral accepte comme une chose douteuse la préexistence des noyaux apoplectiques aux tubercules qu'il a trouvés au milieu du caillot sanguin, et qu'il a décrits sous le nom de tubercules miliaires naissants (4). Il me semble peu probable, après avoir lu l'observation originale de M. Andral, que ce professeur ait pu se méprendre sur des tubercules naissants ou déjà anciens : la critique de M. Mériadec Laënnec me paraît donc porter à faux, malgré la modeste concession de M. Andral. Le fait que je viens de rappor-

(1) Laënnec, Auscultation, édit. 1837, 2e vol., p. 170.
(2) Clinique médicale, t. 3, p. 39.
(3) Laënnec, Auscultation, édit. 1837, 2e vol., p. 171.
(4) Laënnec, Auscultation médiate, édit. 1837, vol. 2, p. 171.

ter prouve que la chose est au moins possible. Je ferai d'ailleurs remarquer, avec M. Andral (1), que les tubercules qui se développent dans la rate se forment précisément au milieu de chacun des petits caillots sanguins qui occupent les cellules spléniques. Ainsi, quelque rare qu'il soit jusqu'ici de voir, partout ailleurs que dans la rate, des tubercules se développer au milieu d'un caillot sanguin, la possibilité du fait est rendue patente, soit par l'observation que j'ai citée, soit par celle de M. Andral, soit par l'analogie de ce qui se passe dans la rate et dans les fausses membranes des séreuses. Si les faits de ce genre sont si rares, peut-être cela vient-il de ce qu'on n'a pas mis assez d'attention dans leur recherche.

2º Mais la rareté même de ces faits, qui contraste avec la fréquence assez grande des hémorrhagies pulmonaires, prouve que la présence d'un caillot sanguin dans les poumons, ou dans tout autre viscère de l'économie, ne favorise et n'accélère le travail de tuberculisation (sous l'influence d'une prédisposition spéciale), que par l'irritation qu'il provoque autour de lui comme corps étranger, et non point par la plus grande facilité qu'aurait le tubercule à se former au milieu de la matière sanguine coagulée qu'au milieu du tissu du poumon. Il me semble inutile d'entrer à ce sujet dans de plus amples développements.

Disons, en résumé, que les congestions sanguines actives des poumons et les hémoptysies, sous l'influence d'une prédisposition spéciale aux formations tuberculeuses, tendent à appeler et à concentrer sur les poumons le travail de tuberculisation ; et, quand une fois il est établi, tendent à le perpétuer et à l'accélérer.

(1) Laënnec, Auscultation médiate, édit. 1837, vol. 2, p. 171.

CHAPITRE VI.

SIGNES QUE PEUT FOURNIR LA CONSIDÉRATION DES CONDITIONS ANTIHYGIÉNIQUES DANS LESQUELLES LE MALADE A VÉCU.

La matière tuberculeuse ne se dépose dans un organe que postérieurement à l'existence de certaines conditions organiques qui prédisposent aux formations tuberculeuses, et sous l'influence de causes excitantes, quelquefois appréciables, quelquefois non, qui mettent en jeu la prédisposition générale et en concentrent momentanément les effets sur une partie déterminée. Les poumons sont ordinairement le siége de ces premières formations tuberculeuses: soit que, par la nature de leurs fonctions, ils se trouvent plus que tout autre organe exposés à l'action des causes excitantes, soit que leur texture particulière et la nature de leurs mouvements physiologiques rendent raison de cette fâcheuse prédilection.

Cette proposition est le résumé de ce que, dans l'état actuel de la science, nous savons de plus général et de plus positif sur le mode de développement de la phthisie pulmonaire. Quelques faits particuliers tendent, il est vrai, à faire penser que des tubercules peuvent se former dans les poumons en l'absence de la cachexie tuberculeuse générale, que l'affection peut être locale dans son principe, et ne devenir générale que par suite de l'extension à tout l'organisme des conditions de nutrition d'abord développées sur un seul organe (voy. page 437); mais il n'est pas hors de doute que ces faits méritent l'interprétation précédente, et d'ailleurs ils sont trop peu nombreux, comparativement aux

autres, pour rien changer au principe général que je viens d'exposer.

Cette prédisposition générale, condition nécessaire du développement de l'affection tuberculeuse locale, est ou innée ou acquise, ai-je dit à la page 446. Innée, quand elle est transmise héréditairement, et quand les caractères principaux en sont empreints plus ou moins profondément dans la constitution même du sujet; acquise, quand le malade, né de parents sains, d'une constitution primitivement robuste, d'un tempérament sanguin, après avoir joui plus ou moins long-temps d'une très bonne santé, s'est vu tomber insensiblement, sous l'influence de certaines circonstances particulières, dans les conditions organiques qui prédisposent aux affections tuberculeuses. Cette prédisposition accidentelle aux tubercules sera mise en jeu d'autant plus facilement par les causes excitantes locales, que le degré, la persistance d'action et le nombre des circonstances auxquelles elle est due, l'auront développée davantage. Si ces circonstances, capables à elles seules de développer la prédisposition tuberculeuse, viennent à agir sur un individu qui déjà porte en naissant cette prédisposition, on conçoit combien le travail de tuberculisation qui en est la conséquence devra en être influencé, soit pour le moment de sa manifestation, soit pour sa marche. On conçoit, dès lors, de quelle importance il est de connaître ces circonstances et d'en analyser le mode d'action, afin de pouvoir en diminuer, en prévenir, ou en combattre l'influence. Je me suis attaché particulièrement à cette étude dans mes observations de phthisies : je vais, dans ce chapitre, en exposer les principaux résultats. Je laisserai de côté tout ce qui pourrait être détail, exposition de faits particuliers, m'attachant seulement à indiquer les faits généraux les plus positifs qui résultent de mes observations.

1° « Toute influence débilitante est au moins une cause

prédisposante à la formation de la matière tuberculeuse(1). » Ce principe, posé par M. Andral, est un des faits généraux qui ressortent le plus évidemment de mes observations. Il résume l'influence générale de tous les ordres de causes qui ont agi sur nos malades. On ne saurait trop, je crois, l'avoir continuellement sous les yeux, soit dans la direction de l'hygiène publique, soit dans celle de l'hygiène privée; il domine à lui seul tout le traitement hygiénique et pharmaceutique des affections tuberculeuses. Il est la clef principale de leur traitement préventif.

2° Les modifications de l'organisme d'où résulte la prédisposition aux tubercules sont le résultat des changements éprouvés par la nutrition. Ces changements peuvent avoir pour point de départ, le trouble d'une seule des principales fonctions de l'économie, ou le trouble simultané de plusieurs d'entre elles. C'est au milieu des grandes populations surtout que se rencontrent les individus devenus phthisiques par suite d'une prédisposition acquise au développement des tubercules; parce que là, plus qu'ailleurs, se trouvent réunies les conditions capables de modifier profondément l'organisation primitive. C'est probablement à cette raison qu'est dû le nombre assez grand de phthisies acquises que présentent nos observations, recueillies, comme je l'ai déjà dit, dans les hôpitaux de Paris. Toutes les statistiques prouvent que le chiffre pour lequel la phthisie contribue à la mortalité générale augmente à mesure qu'on se rapproche des plus grandes villes, à mesure qu'on descend vers les classes de la société les plus exposées à la misère et aux passions qui portent les plus fortes atteintes à l'organisation : là, en effet, les causes qui déterminent la prédisposition acquise ont leur maximum de développement, et seules, ou combinées avec la prédisposition innée, doivent nécessairement augmenter beaucoup le nombre des

(1) Auscult. médiate, édit. de M. Andral, 2e vol., p. 13.

victimes de la phthisie. On s'est principalement attaché à comparer entre elles les principales villes de l'Europe, sous le rapport de leur influence climatérique; on aurait peut-être tiré plus de fruit de cette étude de statistique, si, envisageant le sujet sous le point de vue que j'indique, on les eût comparées sous le rapport des travaux et des mœurs des habitants. Quelle différence entre les villes et les campagnes pour le chiffre que représente la phthisie dans la mortalité générale! Mais quelle différence aussi dans la manière de vivre des habitans, dans les unes et dans les autres!

3° Un travail excessif, continué pendant fort long-temps, accompagné, comme cela a lieu le plus ordinairement, d'une alimentation insuffisante ou peu saine, a été, chez plusieurs de nos malades, la cause la plus appréciable des changements d'organisation qui ont provoqué le développement de leur phthisie. C'est à partir de cette époque que plusieurs, après avoir toujours eu une très bonne santé, ont vu se développer la série de symptômes qui les a menés au tombeau. Je ne parle ici, comme on le voit, que de la quantité de forces physiques dépensées dans un temps donné, abstraction faite de la nature du travail auquel ces forces étaient appliquées. La dépense excessive et prolongée des forces physiques, jointe à la réparation incomplète de ces forces, paraît donc susceptible d'amener un désordre de nutrition qui prédispose aux tubercules.

Toutes les fois que la circonstance d'une alimentation insuffisante ou peu saine s'est jointe à l'influence précédente, la détérioration de la santé a paru être beaucoup plus rapide, et le développement de la cachexie tuberculeuse beaucoup plus prompt. La maladie suivait alors une marche plus aiguë.

4° Ces effets étaient surtout manifestes chez ceux de nos malades qui, prolongeant fort tard leur travail, diminuaient beaucoup leurs heures de sommeil. Eux-mêmes, en répondant à nos questions, nous faisaient la remarque que l'affai-

blissement de leurs forces et l'altération de leur santé étaient beaucoup plus marqués, quand ils avaient passé les nuits ou veillé un peu tard pendant quelque temps, que dans toute autre circonstance.

5° Un assez grand nombre de nos malades nous ont donné lieu de penser, par les rapprochements que nous avons faits entre le moment du début, la marche de leur affection, et les circonstances qui avaient précédé et accompagné les symptômes, que l'habitation dans un espace étroit, où l'air n'est presque pas renouvelé, où la lumière solaire n'a pas un libre accès, surtout l'habitation en commun et continuée longtemps, a pour effet de jeter bientôt l'organisme tout entier dans un grand état de faiblesse, de langueur, de détérioration de la santé, qui tôt ou tard peut se terminer par la phthisie. Une vie trop sédentaire, unie aux circonstances précédentes, ou à des occupations qui obligent d'avoir la poitrine toujours courbée, unie surtout à une mauvaise nourriture, paraît aussi avoir une grande influence sur le développement de la prédisposition tuberculeuse. Ajoutons à ces circonstances l'habitation d'un rez-de-chaussée, ou de tout autre lieu un peu froid et un peu humide, et nous aurons les conditions dans lesquelles, selon toute apparence, un assez grand nombre de nos malades ont puisé les germes de leur affection ; tels sont surtout des cordonniers, des tailleurs, des tisserands, des giletières et des culotières. Tout porte à croire que cet ordre de causes est extrêmement puissant pour le développement de la cachexie tuberculeuse. Plusieurs de nos malades avaient trouvé une amélioration sensible dans leur état de santé, pendant les trop courtes périodes dans lesquelles leurs faibles ressources leur permettaient de diminuer ou de cesser leur travail, de rendre meilleure leur nourriture de chaque jour, et d'aller prendre à la campagne, ou même seulement dans les promenades publiques de la ville, un peu d'exercice et un air plus pur. Le séjour des hôpitaux

n'a que peu d'avantages pour la santé de cette classe de malades, quoique cependant il leur soit beaucoup plus avantageux qu'aux phthisiques d'une période plus avancée. La nourriture suffisante et d'assez bonne qualité, le repos et la propreté qu'ils y trouvent, occasionnent un changement heureux dans leur position, et leur santé s'en ressent, sans cependant en éprouver tout le bien auquel on pourrait s'attendre; mais elle se remet bien plus vite à la campagne, où ils peuvent respirer un air bien pur et bien frais, et se livrer tout à leur aise à un exercice modéré. M. Clarck a été frappé, lui aussi, de l'importance des faits que je signale. « L'effet des habitudes sédentaires, dans toutes les conditions de la société, est, selon moi, dit-il, le plus pernicieux, et il n'existe pas une cause, y compris même la prédisposition héréditaire, qui exerce une influence plus directe sur la production de la consomption, que la privation d'un air frais et le manque d'exercice. »

En 1835 et 1836, j'entrepris, sur de petits animaux, quelques expériences, dans le but de rechercher l'influence que pourraient exercer sur leur santé et sur les conditions organiques de leurs tissus, quelques-unes des circonstances antihygiéniques dont on constate les funestes effets sur l'homme. Je n'eus pas le temps de donner suite à ces expériences; mais déjà, j'obtins de quelques-unes des résultats qui se trouvèrent tout-à-fait en harmonie avec ceux qu'on observe sur l'homme dans des circonstances à peu près analogues. Je me contenterai aujourd'hui d'en citer un exemple, remettant à un autre temps de reprendre ces expériences et de les faire connaître. Je choisis une grenouille bien forte, bien vivante, tout récemment tirée des eaux de la Seine, et je la plaçai, avec fort peu d'eau, dans un vase tellement étroit, qu'elle ne pouvait exécuter presque aucun mouvement. Une légère échancrure du couvercle permettait à peine à la lumière d'y pénétrer, et à l'air de se renouveler dans ses couches supé-

rieures. L'eau laissée au fond du vase n'était renouvelée que de loin en loin, quand elle était devenue tout-à-fait trouble et un peu noirâtre. La grenouille resta six mois dans cet état, exposée d'ailleurs sur le devant d'une croisée à toutes les influences atmosphériques. Dans les premiers temps, elle fit de grands efforts pour échapper de sa prison, s'élançant avec beaucoup de force de bas en haut contre le couvercle du vase. Puis ses efforts devinrent chaque jour moins puissants et moins nombreux, elle finit par rester immobile; cependant elle conservait son volume ordinaire. Enfin, après avoir subi deux nuits de suite les gelées de février, elle mourut. A l'examen de son corps je trouvai les désordres suivants : tous les mésentères étaient parfaitement sains. Les épiploons, au contraire, considérablement augmentés de volume, remplissaient la plus grande partie de la cavité abdominale. La masse qu'ils représentaient était de couleur noirâtre, uniformément piquetée de blanc. Ces deux teintes étaient dues à une quantité innombrable de granulations du volume d'une très petite tête d'épingle, irrégulièrement arrondies, comprimées sur différentes faces, blanchâtres dans une partie de leur étendue et noirâtres dans l'autre, assez dures, résistantes, offrant pour parenchyme une substance homogène pour la densité et la texture, composée d'une moitié noire et d'une moitié blanche, et d'une consistance qui rappelait celle des tubercules miliaires de même grosseur qu'on trouve dans les poumons de l'homme. Ces petites granulations, de nature à la fois tuberculeuse et mélanique, étaient comme semées sur la surface adhérente des épiploons, adhérentes par un point de leur surface, libres et comme flottantes par le reste de leur étendue. La surface épiploïque à laquelle elles adhéraient était granuleuse au toucher, la surface opposée était lisse et humide, à peu près comme dans l'état naturel. Il y avait une assez grande quantité de mucosités dans l'œsophage et dans

l'estomac, le cœur était plein d'un sang noirâtre, le foie volumineux, d'un gris noir, et très flasque. Il n'y avait aucune trace de tubercules ailleurs que dans les épiploons (1).

M. Newport a fait sur les insectes des expériences basées sur le même principe, qui conduisent au même résultat. Après les avoir soumis pendant un certain temps à des conditions antihygiéniques telles que des alternatives de chaleur et de froid, l'entassement dans un très petit espace, une nourriture détériorée, il les a ouverts, et a trouvé dans différentes parties de leur corps et surtout dans les lames de tissu cellulaire intermusculaire, une matière blanchâtre, opaque, amorphe ou granulée, qu'il a reconnue, dit-il, pour de la matière tuberculeuse. On voit quel rapport intime lie ces résultats à ceux que j'ai observés chez les animaux sur lesquels j'ai expérimenté et chez l'homme lui-même. Nous trouvons des expériences toutes faites, et des résultats absolument semblables, chez un grand nombre d'animaux plus rapprochés de l'homme que les précédents. La classe des mammifères nous en offre plusieurs, et parmi les carnassiers, et parmi les herbivores; exemple : le lion, le singe, et les vaches à lait des environs de Paris. Les uns et les autres deviennent tuberculeux après quelque temps de réclusion dans les ménageries et dans les étables. On s'est attaché surtout à voir, dans les affections tuberculeuses des animaux que renferment nos ménageries, le résultat d'un changement de climat, et l'on n'a pas assez tenu compte de l'influence des conditions hygiéniques nouvelles dans lesquelles ils sont placés, de la perte de leur liberté, de l'espace étroit dans lequel on les renferme, du défaut d'air et d'exercice auquel on les condamne, eux destinés par la nature de leur organisation, à

(1) M. Cazalis, prosecteur du cours de M. Magendie au Collége de France, m'a dit dernièrement avoir tenté sur les animaux diverses expériences analogues aux miennes, et avoir obtenu le même résultat.

la liberté la plus entière, à la vie la plus active, à l'air le plus pur, à une nourriture toujours fraîche. Plusieurs oiseaux de volière sont dans le même cas. Les exemples que j'ai cités et chez les hommes et chez les animaux inférieurs, la similitude des effets sous l'influence des mêmes causes, prouvent évidemment que les conditions antihygiéniques ont au moins autant de part que les influences du climat à la production de la cachexie tuberculeuse chez les animaux de nos ménageries. Ainsi, il reste établi, par des exemples tirés à la fois de l'homme et des animaux, que l'habitation dans un espace trop étroit, mal éclairé et mal aéré, humide ou froid, que la respiration d'un air impur et le défaut d'exercice, surtout quand ces circonstances sont alliées à une nourriture malsaine ou insuffisante, peuvent, à la longue, placer les individus soumis à ces influences dans des conditions telles de nutrition, qu'il en résulte une prédisposition aux formations tuberculeuses, et bientôt un travail de tuberculisation si ces influences continuent, ou bien si une cause excitante vient mettre en jeu la prédisposition acquise. Ces faits donnent à réfléchir sur les conséquences que peut avoir le *système cellulaire* introduit de nos jours dans les maisons de détention, et que l'on semble vouloir admettre comme principe général d'organisation de ces maisons. On voit qu'en admettant ce système, l'administration aura besoin de prendre des mesures pour diminuer et écarter autant que possible les conditions antihygiéniques, dont quelques-unes lui sont inhérentes et d'autres seulement accessoires.

Les mêmes réflexions pourraient être faites à propos de quelques-uns de nos grands établissements industriels, où le système cellulaire se trouve naturellement établi, soit par les besoins du travail, soit par les intérêts du maître, ou quelquefois par l'incurie de l'ouvrier. L'expérience ne prouve que trop, dans quelques-uns d'entre eux, combien sont funestes les conséquences qui peuvent se rattacher à

ce système, ou bien aux dispositions plus ou moins prononcées qui le représentent; tels sont les mineurs (1), les ouvriers employés dans les carrières (2), les rémouleurs (3), les ouvriers qui préparent les plumes (4) et ceux qui font les brosses (5); tels sont encore, les cordonniers, les batteurs de chanvre, les tailleurs, etc. Dans les professions que je viens de citer, il y a, outre l'influence que je signale, action sur les poumons des particules métalliques et non-métalliques mêlées à l'air que respirent les ouvriers; mais on ne peut nier que les conditions antihygiéniques dans lesquelles vivent ces ouvriers n'aient au moins autant de part que la respiration des particules métalliques ou autres, dans le développement de la phthisie pulmonaire à laquelle succombent ces malheureux. Telle est aussi l'opinion de M. Andral (6). Au reste, n'oublions pas que le problème représenté par chaque profession se compose ordinairement de plusieurs éléments, et qu'il est difficile, dans beaucoup de cas, de bien apprécier la part de chacun de ces éléments dans la production des effets qui sont observés. De là les exceptions aux faits généraux.

6° Jusqu'ici mes observations ne fournissent rien de précis sur la question de l'influence des climats: je me borne à constater, à ce propos, que l'état de la science ne permet d'emprunter à cette question aucune donnée qui puisse servir au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire. Cette affection, dit M. Andral (7), « se montre sous toutes les latitudes; sa fréquence ne croît pas en raison

(1) *Forbes.* Trad. de Laënnec, 2e édit., p. 137.

(2) Observ. de capitis affect. — Leblanc, Œuvres chirurg., vol. 1, p. 585.

(3) Journal chirurg. du nord d'Anglet., vol. 1, p. 86. Knight.

(4) Benoiston de Chateauneuf.

(5) *Idem.*

(6) Auscultation médiate, édit. de 1837, vol. 1, p. 324.

(7) *Ibid.*, vol. 2, p. 163.

directe de l'abaissement de la température; elle ne s'accroît pas constamment non plus à mesure que la température s'élève. Elle est peu fréquente dans les pays très chauds ou très froids, dans lesquels la température ne change pas brusquement. Elle a son maximum de fréquence, dans les contrées où existent continuellement de grandes et irrégulières variations de température. » M. Clark va plus loin que M. Andral : il conclut de ses recherches statistiques, « qu'il n'y a encore rien de positif sur l'influence des climats, comme cause prédisposante à la phthisie pulmonaire » (1). On voit qu'il est impossible de tirer de pareilles données aucun principe de diagnostic.

7° Quant à l'influence des temps et des saisons, les malades de nos observations se divisent sous ce rapport en deux classes. Dans l'une de ces classes, se trouvent les malades qui toute leur vie ont eu une disposition particulière à s'enrhumer et à tousser, surtout dans les temps froids et humides, et sous l'influence des changements brusques de la température. Si l'on recherche dans quelles conditions d'hérédité et de constitution se trouvent ces malades, on reconnaît que ce sont ceux qui, selon toute apparence, ont apporté en naissant la prédisposition à la phthisie pulmonaire. Dans la seconde classe se rangent les malades chez lesquels cette sensibilité au froid, à l'humidité, etc., sensibilité qui se manifeste par des rhumes et de la toux, ne s'est développée qu'à une certaine époque de leur vie. En général, l'histoire de ces malades montre que leur constitution primitive était saine, qu'ils sont nés de parents sains, qu'ils se sont toujours assez bien portés jusqu'à une certaine époque, à laquelle leur santé s'est altérée avec leur constitution, sous l'influence prolongée de certaines conditions antihygiéniques; et on constate, le plus ordinairement, que cette époque est la même que celle à laquelle s'est développée leur sensibilité

(1) Traité de la consomption, p. 200.

aux influences atmosphériques. Ainsi, dans un cas, phthisie *héréditaire*, sensibilité au froid, etc., datant de la naissance; dans l'autre, phthisie *accidentelle*, sensibilité au froid, etc., datant de l'époque à laquelle la constitution a ressenti l'influence des causes générales qui ont développé la cachexie tuberculeuse. Dans ce dernier cas, la sensibilité morbide contractée par le système respiratoire ne se manifeste que lorsque l'altération de la constitution a été rendue sensible, par quelques-uns des phénomènes que j'ai décrits sous le nom de symptômes généraux, et que j'ai dit commencer la série des phénomènes de la fièvre hectique.

Dans l'un comme dans l'autre des deux cas que je viens d'exposer, la facilité bien constatée à s'enrhumer et à tousser lors des temps froids et humides, lors des variations brusques de température, peut être d'une assez grande importance diagnostique, lorsque déjà on a d'autres raisons de soupçonner l'existence d'une phthisie. D'ailleurs, on conçoit que la valeur diagnostique de cette circonstance serait proportionnée à l'accord dans lequel elle se trouverait, dans un cas, avec les circonstances qui accompagnent la phthisie héréditaire, dans l'autre, avec les circonstances qui précèdent et accompagnent la phthisie acquise.

8º Les passions tristes, les chagrins de ménage, les revers de fortune, la mort de personnes très chères, ont paru, chez plusieurs de nos malades, avoir une grande part au développement des symptômes de phthisie qui se sont montrés peu de temps après les accidents qui occasionnaient ces chagrins. Mais je me garderais bien de dire, comme Laënnec, « que presque toutes les personnes devenues phthisiques, sans y être prédisposées par leur constitution, paraissent devoir à cette cause (les passions tristes) l'origine de leur maladie(1). » Il me semble au contraire que les malades chez lesquels des chagrins profonds et prolongés paraissent être

(1) Auscultation médiate; édit. de M. Andral, t. 2, p. 8.

la seule cause à laquelle on puisse attribuer la phthisie, sont l'exception, au lieu d'être la règle générale.

9° Les excès vénériens et alcooliques portés à un haut degré et long-temps prolongés, soit seuls, soit combinés ensemble ou avec quelques-unes des circonstances précédentes, ont eu, chez plusieurs de nos malades, une influence bien manifeste sur le développement de la phthisie; les malades eux-mêmes reportaient leur pensée vers cette cause, qui, quelquefois, était la seule que l'on pût accuser. J'ai vu succomber ainsi à la phthisie, des individus qui, par leurs antécédents, par leurs circonstances d'hérédité, par leur constitution robuste, leur tempérament sanguin, leur santé primitive toujours très bonne, éloignaient au plus haut degré la pensée d'une phthisie, et qui n'étaient tombés dans l'état où nous les voyions que depuis leurs habitudes de débauche et d'ivrognerie.

Ceux de nos malades qui ont dû leur phthisie à l'influence de quelques-unes des circonstances antihygiéniques que je viens de passer en revue, ont en général présenté la marche aiguë de la phthisie. Ils ont succombé d'autant plus rapidement que ces circonstances se sont réunies en plus grand nombre, que leur influence a été plus prononcée, plus continue et plus long-temps persistante. Tout étant égal d'ailleurs, il m'a paru que chez les individus à constitution primitive moins forte, il a suffi, pour développer la phthisie, d'une moindre influence des causes précédentes, que chez les sujets à constitution beaucoup plus robuste.

Les excès de travail physique, réunis à une mauvaise alimentation, à la privation du sommeil, à la respiration d'un mauvais air, sont, parmi les circonstances antihygiéniques que je viens d'exposer, celles qui m'ont paru exercer la plus fâcheuse influence. En somme, l'influence prolongée d'un travail physique excessif, de la privation du sommeil, d'une alimentation malsaine et insuffisante,

de l'habitation dans un espace étroit, de la respiration d'un air vicié, d'une vie trop sédentaire, des passions tristes portées à un haut degré, des excès vénériens et alcooliques poussés très loin, peut, à elle seule, développer la cachexie tuberculeuse, et par suite la phthisie pulmonaire, chez un individu qui n'y était nullement prédisposé. Cette influence se fait sentir d'autant plus rapidement, que les circonstances précédentes sont plus nombreuses et plus prononcées. Une seule de ces conditions antihygiéniques, par exemple l'habitation dans un espace étroit, dans un lieu froid et humide, où l'air est mal renouvelé, où le soleil pénètre difficilement, où le malade passe une grande partie de sa vie, suffit à développer la phthisie pulmonaire. La grande activité de l'une de ces funestes conditions antihygiéniques peut produire les mêmes résultats que plusieurs d'entr'elles réunies. La longue durée d'action de quelqu'une de ces circonstances, peut également, même en supposant son action très faible, entraîner à la longue les mêmes désordres; mais la gravité de ces désordres et la rapidité de leur développement, le caractère aigu et grave de la phthisie acquise sous ces influences, sont en raison directe de leur nombre, de leur activité et de leur durée d'action. Si l'on constate, chez un malade soupçonné de phthisie, l'existence antécédente de quelques-unes de ces conditions antihygiéniques, le diagnostic que cette circonstance autorise est d'autant plus certain ou plus probable, que ces conditions antihygiéniques ont été plus nombreuses, que leur influence s'est exercée plus long-temps et à un degré plus élevé. La certitude du diagnostic devient complète, s'il existe un rapport exact entre les époques où ces influences antihygiéniques se sont exercées, et l'époque où ont apparu les symptômes qui autorisent le soupçon de phthisie pulmonaire.

Les faits que j'ai avancés dans ce chapitre me semblent

trop importants pour l'histtoire de l'étiologie, du mode d'origine, de la marche de la phthisie, et par conséquent pour l'histoire de son traitement préventif et curatif, pour que je puisse me dispenser de donner quelques observations à l'appui. J'ai choisi les suivantes, que j'abrège autant que possible, afin de ne pas détourner l'attention du sujet principal, et dans lesquelles on verra figurer, tantôt seules, tantôt combinées entre elles, la plupart des circonstances antihygiéniques capables de produire la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire.

Ire OBSERVATION. — *Phthisie pulmonaire et intestinale causée par des fatigues physiques jointes à une alimentation insuffisante et malsaine.*

Un écrivain public, nommé Bardoux, âgé de 44 ans, d'une constitution très forte, d'un tempérament très sanguin, d'une santé ordinairement parfaite, entra à l'hôpital de la Charité le 17 février 1837 (nº 13 de la salle Saint-Louis, service de M. Andral).

Son *père* et sa *mère*, d'une constitution très robuste, d'un tempérament éminemment sanguin, étaient morts tous deux, l'un à 80 ans, l'autre à 67 ans, des suites d'une attaque d'apoplexie qui les avait laissés paralysés. Il n'avait *ni frères ni sœurs.*

Jusqu'à l'âge de 37 ans, Bardoux jouit d'une parfaite santé, n'éprouvant jamais ni rhumes, ni toux, ni faiblesse, enfin pas la plus légère maladie. A cet âge il vint habiter Paris, entra comme commis dans un bureau, changea tout-à-coup son existence paisible contre une existence très active, et partagea sa vie entre le travail de bureau et des courses dans la ville, courses très éloignées, très précipitées, quelquefois continuelles du matin au soir, et toujours très pénibles. D'abord, sa nourriture fut assez bonne, mais ses repas étaient extrêmement irréguliers et précipités; ses digestions devinrent pénibles; plus tard, son salaire diminua, sa nourriture devint malsaine, fort souvent insuffisante, et cependant son travail ne fit qu'augmenter. Longtemps sa constitution résista à ces funestes influences; ce ne fut que quelques mois avant son entrée à l'hôpital que sa santé commença à faiblir, sa constitution à s'altérer, ses forces à diminuer. Un état de malaise général, de langueur, d'impossibilité de suffire aux travaux qu'il accomplissait facilement autrefois, se manifesta; puis, quelques rhumes, une sensibilité inaccoutumée au froid, à l'humidité, aux variations atmosphériques; puis, enfin, un

peu de frisson suivi de chaleur dans certains moments de la journée, et un peu d'amaigrissement. Toutefois, le sommeil s'était conservé assez bon. Un point de côté à droite, une fièvre assez intense et un peu de dévoiement, qu'il ressentit quelques jours avant son entrée, le déterminèrent à venir demander un lit à l'hôpital. Les influences antihygiéniques que j'ai signalées précédemment, étaient d'ailleurs les seules qu'il eût subies.

Pendant son séjour à l'hôpital, on observa la plupart des signes locaux et généraux que je décrirai dans les chapitres suivants, comme appartenant aux première et deuxième périodes de la phthisie. On remarqua surtout, parmi les signes locaux, un rappetissement, un affaissement très considérables du sommet gauche de la poitrine. Les signes locaux, au lieu d'être, comme ordinairement, limités au sommet de la poitrine, occupaient à peu près toute la hauteur des régions antérieures de cette cavité, offrant çà et là des lieux de maximum et de minimum, mais, en général, décroissant du sommet à la base. La voix du malade était un peu voilée, faible, légèrement rauque, à ton un peu grave et comme un peu difficile. Mais le fait le plus remarquable de l'histoire symptomatique de ce malade, a été l'absence complète de toux, soit avant, soit après son entrée à l'hôpital, et cela jusqu'à sa mort, qui arriva plus vite qu'on ne s'y attendait; elle eut lieu le 18 mars, un mois après l'entrée du malade, quatre mois environ après le début des phénomènes de fièvre hectique. Elle parut être causée par une rapide asphyxie.

A l'autopsie, on constata que la muqueuse laryngée et trachéenne n'offrait aucune altération, ni dans son épaisseur, ni dans sa consistance, ni même dans sa couleur.

Le poumon droit était libre sur toute sa surface, mais infiltré dans toute son étendue d'une grande quantité de tubercules *miliaires*, les uns isolés, les autres réunis en groupes, occupant surtout la périphérie de l'organe; plus nombreux à son sommet, où quelques-uns étaient ramollis ou creusés de très petites cavernes; du reste, inégalement dispersés sur le reste de l'étendue de ce poumon. L'infiltration tuberculeuse du poumon gauche offrait exactement les mêmes caractères, la même disposition; seulement, elle était encore plus confluente et plus avancée. Cette extrême abondance de la sécrétion tuberculeuse sur les deux poumons, rend bien compte des phénomènes d'asphyxie qui ont accompagné la mort du malade.

Une épaisse fausse membrane emprisonnait le poumon droit, le réduisait aux deux tiers de son volume normal, et le faisait adhérer à la paroi costale dans toute l'étendue de sa moitié supérieure. Comme

le poumon qu'elle recouvrait, cette fausse membrane était infiltrée d'une grande quantité de tubercules *miliaires*.

Après avoir enlevé de la poitrine le cœur et les poumons, on s'est assuré par la mensuration que les diamètres du sommet gauche du thorax étaient plus petits que ceux du sommet droit.

Les ganglions bronchiques et mésentériques, beaucoup augmentés de volume, étaient parsemés, dans leur épaisseur, de granulations *miliaires* semblables à celles qui occupaient les poumons. Plusieurs étaient ramollis et suppurés.

Toute la surface du péritoine était recouverte d'une couche pseudo-membraneuse d'ancienne formation, infiltrée de granulations tuberculeuses miliaires, de même que les fausses membranes pleurétiques. La même infiltration tuberculeuse se remarquait sur une grande partie de l'étendue de l'intestin grêle; dans beaucoup de points de l'iléon on trouvait des ulcérations; l'une d'elles communiquait avec la cavité du péritoine; une épaisse couche de matière pseudo-membraneuse récente se remarquait sur ces parties.

Aucune trace de tubercules n'existait sur les autres viscères abdominaux.

Beaucoup de faits importants nous sont offerts par cette observation : la phthisie aiguë développée chez un individu que sa constitution et ses conditions d'hérédité semblaient devoir protéger contre cette affection ; — la marche aiguë, et la forme miliaire de cette phthisie *acquise* ; —la grande activité, la continuité d'action, l'influence prolongée de deux causes puissantes, *la dépense excessive des forces physiques et la réparation incomplète de ces forces*, qui ont été nécessaires pour entraîner la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire, chez un malade aussi bien constitué et né de parents sains ; — l'apparition des premiers symptômes de fièvre hectique six ans et demi seulement après le moment où ces influences antihygiéniques ont commencé à s'exercer; — le trouble des fonctions digestives, qui, parmi les symptômes généraux, a été un des premiers à apparaître, et la confluence, la gravité de l'éruption tuberculeuse qui s'est faite sur le canal intestinal, coïncidant avec la nature spéciale de l'une des deux causes qui ont amené la cachexie tuberculeuse (alimentation

malsaine et insuffisante), nature telle que son influence a dû porter spécialement sur la fonction et sur l'appareil de la digestion. Dans l'une des observations suivantes, nous verrons la principale jetée tuberculeuse se faire sur les reins, à la suite d'une cachexie dont la cause principale (excès vénériens) s'était exercée sur le système génito-urinaire; preuve qu'une cachexie tuberculeuse étant donnée, le travail de tuberculisation tend, en général, à s'effectuer sur les organes où il est appelé par l'excitation morbide la plus forte et la plus prolongée.

La voix présentait les caractères morbides que j'ai décrits au chap. VII, § 3, n° 1, comme signes de phthisie pulmonaire; et cependant, aucune altération, quelque légère qu'on la suppose, n'existait ni dans le larynx, ni dans la trachée; preuve que ces caractères morbides de la voix peuvent dépendre de toute autre cause que d'une altération matérielle du larynx et de la trachée.

Une diminution considérable du volume du sommet gauche de la poitrine avait pour cause la diminution de volume du sommet du poumon correspondant, et non pas les cavernes pulmonaires, qui étaient trop petites et en trop petit nombre pour avoir quelque influence sur la forme de la poitrine.

Ce malade, enfin, est un exemple de phthisie arrivée à la troisième période, sans que jamais il ait existé de toux. A peine le malade avait-il toussé un peu à l'époque de ses derniers rhumes, et encore cette toux avait-elle été si légère et si rare qu'il n'en conservait qu'un faible souvenir. Nous trouverons un autre exemple de ce fait dans l'une des observations suivantes.

IIe Observation. — *Phthisie pulmonaire et intestinale causée par des excès de travaux physiques, par une alimentation malsaine, et par des chagrins, auxquels sont venus se joindre ensuite de mauvaises conditions d'habitation.*

Pierre Doreau, âgé de 55 ans, inspecteur des fiacres, entra le 16

février 1837 à l'hôpital de la Charité (numéro 8 de la salle Saint-Louis, service de M. Andral).

Sa constitution était assez forte, sa poitrine bien faite, sa santé ordinaire très bonne; autrefois il avait eu beaucoup d'embonpoint. *Son père et sa mère*, tous deux d'une forte constitution et d'une santé ordinaire parfaite, étaient morts, disait-il, de vieillesse, l'un à 78 ans, l'autre à 84 ans. Il avait *une sœur* de 58 ans, et *un frère* de 45 ans, qui tous deux étaient bien constitués et toujours bien portants.

Jusqu'à l'âge de 43 ans, Doreau avait toujours joui d'une parfaite santé. Jamais, jusque là, il n'avait éprouvé ni rhumes, ni toux. De 18 à 23 ans, appelé aux armées, il avait supporté les fatigues militaires sans que sa santé en ressentît jamais la plus légère influence. Il est vrai que, jusqu'à cet âge, les conditions hygiéniques dans lesquelles il avait vécu avaient toujours été bonnes.

A 43 ans il vint habiter Paris. Bientôt il tomba dans l'indigence, et se trouva obligé, pour vivre, de se livrer à un travail qui dépassait de beaucoup ses forces, et que cependant il augmentait chaque jour en proportion de la diminution de ses ressources. Sa nourriture se composait d'aliments assez abondants, mais de mauvaise qualité. De violents chagrins, mêlés de regrets sur sa position passée, vinrent se joindre aux influences précédentes. Au bout de peu de temps, sa santé s'affaiblit, sa constitution s'altéra, ses forces diminuèrent; un état de malaise et de langueur générale vint s'emparer de tout son être; il commença à tousser et à s'enrhumer; les rhumes et la toux devinrent plus fréquents, plus faciles à contracter, plus longs à disparaître ; et, dès cette époque, l'altération de sa santé devint encore plus sensible. Néanmoins, il essuyait toujours les mêmes fatigues et les mêmes privations. Au bout de dix ans de cette vie de chagrins, de travail excessif, etc., il eut une fluxion de poitrine à droite, qui fut le signal d'une nouvelle aggravation de son état morbide. Six mois avant son entrée, cette aggravation devint encore plus prononcée à propos d'une nouvelle augmentation de travail. Un peu plus tard, sa misère s'accroissant avec son impuissance, il fut obligé de changer l'habitation assez saine qu'i avait eue jusqu'alors, contre une habitation étroite, froide et mal aérée. Les chagrins occasionnés par ses malheurs augmentèrent d'autant plus, que le malade avait une ame plus faite pour sentir vivement sa position. Aussi, deux mois avant son entrée, les symptômes de son affection s'aggravèrent-ils beaucoup : l'amaigrissement devint rapide, le sommeil de la nuit incomplet, agité, et l'affaiblissement

général beaucoup plus grand. Les soirs, vers les quatre ou cinq heures, il survenait, assez régulièrement, une recrudescence fébrile très prononcée. Jamais ce malade n'avait eu d'hémoptysie. Dès le moment de son entrée, on trouva, à l'examen de sa poitrine, tous les signes du passage de la phthisie pulmonaire du premier au second degré, et du second degré au troisième. Me fondant sur la marche générale de la maladie, j'émis l'opinion que la phthisie était confluente et de forme exclusivement miliaire, que sa marche serait aiguë et la mort rapide. Successivement les phénomènes locaux et généraux augmentèrent; ces derniers surtout acquirent un très haut degré d'intensité: la peau était brûlante et d'une sécheresse aride; le frisson qui précédait la fièvre était très fort, et, toute la nuit, le sommeil était très agité. Un dévoiement abondant survint dans les huit derniers jours; le malade resta plusieurs jours dans une sorte de coma, et mourut le 11 mars 1837.

Dès le moment de son entrée, sa voix avait offert, à un léger degré il est vrai, les caractères de faiblesse, de production un peu difficile, de timbre voilé et de ton légèrement grave, qui accompagnent ordinairement la voix des phthisiques au premier degré.

A l'autopsie, la trachée et le larynx ne présentèrent pas la moindre trace d'altération. Une tuberculisation, de forme exclusivement *miliaire*, extrêmement confluente, dans beaucoup de points disposée en groupes, dont les plus volumineux étaient au sommet des poumons, quelques-uns creusés à leur centre de cavernes, les unes capables seulement de contenir une tête d'épingle, les autres capables de contenir une noix. A mesure qu'on s'éloignait du sommet des poumons, l'infiltration tuberculeuse devenait moins abondante et plus isolée. Elle s'étendait jusqu'à la lame antérieure du poumon droit. Sur le poumon gauche, l'infiltration tuberculeuse, presque nulle dans les régions antérieures, semblait s'être portée tout entière sur les parties postérieures. Quelques anciennes adhérences celluleuses existaient entre divers points de la surface des poumons et la paroi costale.

Toute la surface du péritoine était recouverte d'une couche pseudo-membraneuse récente. Des ulcérations tuberculeuses, coupées à pic, profondes, dont le nombre et l'étendue augmentaient à mesure qu'on se rapprochait du cœcum, occupaient presque toute la longueur de l'iléon. Deux de ces ulcérations avaient perforé toute l'épaisseur de la paroi intestinale, près du cœcum : de là la péritonite. Foie sain, sans aucune trace des caractères du foie gras. Aucune trace d'altération notable, ni d'infiltration tuberculeuse sur aucun des viscères de l'abdomen.

Des influences très puissantes et très nombreuses se sont réunies ici, pour faire naître la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire, chez un sujet qui n'y était prédisposé ni par sa constitution ni par ses conditions d'hérédité : dépense excessive de forces physiques, nourriture malsaine, chagrins, puis mauvaises conditions d'habitation; aussi, les premiers effets ont-ils suivi de près la première influence des causes. Le degré et le nombre des influences antihygiéniques n'ont fait qu'augmenter successivement; aussi la marche de la phthisie a-t-elle toujours présenté un caractère d'acuité très prononcé; aussi cette marche s'est-elle accru, dans les dernières années surtout, suivant un mouvement accéléré; aussi, la phthisie était-elle exclusivement de forme miliaire. La mort a eu lieu 12 ans après la première influence des causes. Parmi ces causes, il en est une qui a dû exercer une action spéciale sur les fonctions digestives et sur l'appareil de ce nom (l'alimentation malsaine); aussi, la sécrétion tuberculeuse s'est-elle produite à un très haut degré sur les parois intestinales. Le développement de la disposition particulière à s'enrhumer et à tousser a suivi d'assez près l'action des influences antihygiéniques précitées, et date seulement de cette époque. Cette disposition s'est développée à un haut degré; des rhumes très fréquents ont eu lieu; aussi l'infiltration tuberculeuse du poumon était-elle très confluente. Diverses époques de la vie du malade ont été marquées par une sur-activité des influences antihygiéniques, par une aggravation dans les symptômes, et ces mêmes époques se retracent en quelque sorte dans les poumons par les éruptions tuberculeuses de diverses dates qui s'y faisaient remarquer. Malgré la grande sensibilité du malade, malgré la violence et la longue influence des chagrins qu'il a éprouvés, aucune trace de tubercules n'a été trouvée dans les centres nerveux; ce qui est une raison de penser, ou bien que le travail de tuberculisa-

tion, lors même qu'il est excité par une cachexie tuberculeuse générale très puisssante, n'a que fort peu de tendance à s'établir sur la pulpe nerveuse, ou bien qu'une excitation seulement morale ne suffit pas à l'y attirer et à l'y fixer, et que peut-être, comme nous le voyons pour les systèmes digestif et respiratoire, comme nous le verrons dans l'une des observations suivantes pour le système urinaire, une excitation physique, matérielle et directe, est nécessaire pour fixer sur l'appareil nerveux la sécrétion tuberculeuse. Chez l'un des malades des observations suivantes, nous allons voir, en effet, que des excès vénériens avaient causé une cachexie tuberculeuse générale très prononcée, une formation tuberculeuse dans le tissu des reins et des poumons, et un ramollissement de la pulpe nerveuse de la moelle épinière, sans que ce ramollissement présentât aucun caractère tuberculeux.

Chez le malade de cette observation, comme chez le malade précédent, le caractère voilé, grave et faible de la voix, ne correspondait à aucune altération physique du larynx ni de la trachée.

III[e] Observation. — *Phthisie pulmonaire causée par une alimentation long-temps insuffisante, et plus tard, par l'action, long-temps continuée, de parler et de crier tout le jour en plein air.*

Gouder, marchand en plein air, âgé de 57 ans, entra, le 26 août 1836, à l'hôpital de la Pitié (n° 13 de la salle St-Léon, service de M. Andral). Ce malade était d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin; sa poitrine offrait un développement et une régularité en rapport avec la bonne proportion des autres parties de son corps. *Son père et sa mère*, fortement constitués, toujours bien portants, étaient tous les deux morts d'accident. Il avait eu *un frère et une sœur*, d'une constitution robuste, d'une très bonne santé ordinaire; le premier était aux armées, la seconde était morte, à 54 ans, d'une maladie dont il ignorait le nom et les symptômes.

Gouder avait toujours joui d'une très bonne santé jusqu'à l'époque où, pendant une longue période de temps, il se trouva fort souvent

exposé à manquer de pain et à ne prendre que des repas très irréguliers et très insuffisants à soutenir ses forces... il tomba dès lors dans un état de lassitude générale, de faiblesse, de dégradation de la constitution d'amaigrissement, qui, sans se terminer par aucune maladie distincte, ne le laissèrent pas moins dans l'impuissance de tout travail physique. A quelque temps de là il se mit marchand en plein air, occupant ainsi toute sa journée à parler et à crier. Dès lors, l'altération de sa santé augmenta suivant une progression rapidement croissante; et il contracta une disposition telle aux rhumes et à la toux, que depuis cette époque, il resta presque continuellement enrhumé, lui qui jamais, avant ce moment, n'avait eu ni rhumes ni toux. Ce fut surtout un an avant son entrée à l'hôpital que cette disposition se manifesta, et avec elle un accroissement rapide dans les symptômes qu'il avait éprouvés jusque-là. A partir de ce moment, l'amaigrissement, la diminution des forces, l'impuissance absolue de se livrer à aucun des travaux physiques qui lui étaient si faciles autrefois, les symptômes fébriles hectiques, le retour assez régulier de ces symptômes vers la fin de la journée, se prononcèrent chaque jour davantage, d'autant plus que le malade avait persisté pendant long-temps dans l'exercice funeste de son état de marchand en plein air, malgré la dégradation chaque jour plus considérable de sa santé.

Gouder entra le 26 août dans notre salle; il en sortit le 5 septembre suivant, avec tous les signes de cavernes fort étendues, sous la clavicule droite principalement.

Jamais il n'avait subi d'autres influences antihygiéniques que celles que j'ai mentionnées précédemment; il n'avait point eu d'hémoptysie.

La marche de la phthisie est ici bien évidente et bien simple : son élément général, c'est-à-dire la cachexie tuberculeuse, se développe lentement sous l'influence très long-temps prolongée d'une alimentation très irrégulière et très insuffisante. Puis, sous l'empire de cette prédisposition générale aux formations tuberculeuses, à une époque où, selon toute apparence, des tubercules n'existaient pas encore dans les poumons, une circonstance survient qui appelle sur les organes pulmonaires une irritation permanente et toute spéciale, et le travail de tuberculisation s'établit et s'effectue sur ces organes; l'élément local de la phthisie pulmonaire s'est développé, et, dès ce moment, un accroissement rapide

se manifeste dans les symptômes de fièvre hectique. C'est ainsi qu'il arrive presque toujours, ainsi que le démontrent nos observations, quand l'élément local de la phthisie pulmonaire est venu joindre son influence à l'influence déjà si funeste que son élément général exerce sur la constitution du malade.

Ici, ce n'est plus la mauvaise qualité de l'alimentation, d'après ce que nous ont appris les réponses bien précises du malade, mais son insuffisance, prolongée long-temps et à un haut degré, qui a entraîné le développement de la cachexie tuberculeuse.

Avant l'action des influences locales (action de parler et de crier toute la journée en plein air) auxquelles a été dû, selon toute apparence, le développement de l'élément local de la phthisie, c'est-à-dire le dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons, on pouvait encore prévenir le développement complet de la phthisie pulmonaire, et peut-être ramener l'organisme à de bonnes conditions de santé, en plaçant le malade dans les conditions hygiéniques qui lui avaient manqué jusque là, en éloignant de lui les influences d'irritation locale, capables de fixer sur les poumons le travail de tuberculisation que la cachexie tuberculeuse générale rendait imminent; au lieu que les espérances de guérison devenaient bien moindres après l'accomplissement de l'élément local de la maladie. On voit par là l'importance d'une observation attentive des premières altérations qui se manifestent dans la santé d'un malade, d'une surveillance éclairée des influences sous lesquelles il se trouve, d'une interprétation judicieuse des effets qui se manifestent, de cette sage prévision de l'avenir que donne l'expérience des faits analogues, et, enfin, de cette prudente activité, éclairée aussi par l'expérience, qui tantôt prévient et tantôt combat, qui tient le malade en garde contre le danger qui le menace, et toujours veille auprès de lui.

Remarquons l'âge de ce malade, 57 ans; beaucoup de nos malades phthisiques sont dans ce cas; et chez tous ceux qui nous présentent ainsi un âge avancé, les détails de l'observation nous montrent que nous avons eu affaire à une phthisie *acquise*, le plus souvent aiguë, de forme miliaire, causée par telles ou telles influences antihygiéniques; rappelons-nous, à côté de ce fait, ce que j'ai dit dans un des chapitres précédents : que la phthisie *acquise* est de tous les âges, et qu'elle ne connaît de lois et de limites, sous ce rapport, que le moment d'action des influences antihygiéniques sous l'empire desquelles elle se développe.

IVe Observation. — *Phthisie pulmonaire causée par la privation de sommeil, par le dérangement des heures habituelles de repos, par une vie trop recluse, et par la respiration d'un air vicié.*

Théodore Grisel, âgé de 33 ans, d'une constitution médiocre, mais assez bien développée; d'un tempérament nerveux; né d'un *père* et d'une *mère* bien constitués, d'une assez bonne santé ordinaire sans être robuste; ayant *un frère* d'une constitution forte et toujours bien portant; avait toujours joui d'une bonne santé (1), et avait toujours vécu assez hygiéniquement, lorsque, six mois avant son entrée à l'hôpital, il renonça à son état de couvreur, qu'il ne trouvait point assez lucratif, pour se placer chez un marchand de vin. Là, son occupation régulière fut de passer toutes les nuits à entretenir un feu de fourneaux, dans une petite cuisine fort étroite, où l'air, à peine renouvelé, était toujours très chaud et altéré par les vapeurs de charbon et les diverses évaporations culinaires. C'est dans cette même cuisine que, dans la matinée et dans la journée, il prenait un sommeil presque toujours interrompu. Ainsi, à une vie excessivement recluse se joignaient la respiration d'un air malsain, dans une atmosphère toujours très chaude, le dérangement et le trouble habituel du sommeil, et la privation absolue de repos pendant la nuit. Le malade resta sous ces influences pendant six mois. Du reste, sa nourriture était bonne, il se trouvait content de l'augmentation de ses ressources pécuniaires, il ne commettait d'excès en

(1) Sauf quelques circonstances morbides qui ne méritent pas d'être citées, et une maladie de 17 jours qu'il éprouva à l'âge de 30 ans, maladie qui paraît avoir été une pleurésie, et qui ne laissa sur sa santé aucune trace de son passage.

aucun genre; enfin, il était à l'abri de toute autre influence anti-hygiénique.

A partir de l'époque où Grisel se trouva exposé aux influences que nous venons de signaler, sa santé, disait-il, *baissa* sensiblement; il devint faible, languissant; chaque matin, au moment de se livrer au repos, toujours interrompu, qu'il prenait à des heures irrégulières, il éprouvait un malaise général, une pesanteur de tête, des envies de vomir et des vomissements, qui cessaient quand il allait passer quelques instants ou quelques heures au grand air; lui-même sentait, en quelque sorte, ses forces se rétablir au milieu d'un air libre et pur. Bientôt, il commença à tousser et à s'enrhumer, puis à maigrir. La toux, les rhumes, la diminution des forces, l'amaigrissement, le sentiment de malaise et de souffrance générale augmentèrent chaque jour davantage. Deux mois avant son entrée, la perte de l'appétit vint se joindre à ces symptômes. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, les phénomènes généraux étaient très prononcés : peau chaude, sèche, faiblesse considérable; les symptômes locaux observés étaient ceux qui appartiennent aux première et deuxième phases de la première période de la phthisie (Voyez chap. XII. ordre d'appar. des symptômes). Nous pensâmes qu'il existait une phthisie aiguë, de forme miliaire. Plus tard, les symptômes locaux augmentèrent d'intensité, ceux de la troisième phase de la première période vinrent se joindre aux précédents; ils offraient cela de remarquable qu'on les retrouvait tous, dans les différents points de la hauteur de la poitrine, dispersés çà et là assez irrégulièrement. Le malade n'eut point et n'avait jamais eu d'hémoptysie. Quant aux symptômes généraux, ils augmentèrent avec une grande rapidité et avec une extrême violence : la peau était brûlante et aride, la face portait l'empreinte d'une souffrance particulière, comme obscure et cependant profonde, qui décélait un mal à la fois puissant et insidieux; cette expression particulière se mêlait à un état de dyspnée très marqué. La face était d'un rouge brun, comme en état de turgescence. Cependant, le malade, concentré en lui-même, parlait à peine et semblait ne se douter ni de la fièvre qui le consumait, ni du mal qui l'entraînait à la tombe avec une si grande rapidité; une agitation nerveuse très grande, une sorte d'état d'angoisse venaient, par moments, assombrir encore cette scène; enfin, les yeux devinrent hagards, des soubresauts de tendons et du délire se manifestèrent, puis des symptômes d'une asphyxie rapide, une respiration très anxieuse, un pouls très petit et excessivement fréquent, puis du

coma, et enfin la mort, qui eut lieu le 2 août : quelques jours avant le terme fatal, le malade avait eu un dévoiement assez abondant.

A l'autopsie, quelques légères ecchymoses furent la seule altération que nous présenta, çà et là, la muqueuse gastro-intestinale. Une légère ecchymose séro-sanguinolente, sous-piemérique, se remarquait sur la surface des hémisphères cérébraux, au niveau de la section du crâne. La substance grise des circonvolutions cérébrales correspondantes à cette traînée d'ecchymoses offrait, dans l'épaisseur d'une demi-ligne seulement, un peu de ramollissement. Du reste, aucune altération ne se remarquait sur le cerveau.

Les deux poumons étaient, dans toute leur épaisseur, dans toute leur étendue, le siége d'une infiltration tuberculeuse *exclusivement miliaire*, tellement confluente que leur tissu était converti en une masse solide. Ces granulations, du volume de la tête d'une épingle, étaient toutes ou presque toutes isolées et à l'état de crudité. Il n'existait aucune trace de cavernes ; une injection sanguine et séreuse très considérable occupait le tissu pulmonaire intermédiaire aux granulations tuberculeuses. Le poumon gauche était adhérent par toute sa surface à la plèvre costale, au moyen d'une couche celluleuse. Quelques brides seulement faisaient adhérer le sommet du poumon droit au sommet de la poitrine.

Ainsi, la privation du sommeil, le dérangement et le trouble continuel du repos, une vie recluse, la respiration d'un air très vicié, se réunissent tout-à-coup, pour exercer leur influence sur un individu bien portant jusque là, et jusque là exempt de toute prédisposition à la phthisie pulmonaire. Une cachexie tuberculeuse se développe, à sa suite une disposition particulière aux rhumes et à la toux, enfin une phthisie pulmonaire tellement rapide et confluente, tellement aiguë, que le malade en est comme foudroyé et qu'il succombe avec les symptômes de l'asphyxie, au milieu de l'appareil fébrile le plus intense, tel que celui qui accompagne les maladies aiguës les plus violentes. L'effet a été d'autant plus rapide et plus grave, que ses causes étaient plus nombreuses, plus puissantes et leur action plus continue. Six mois ont suffi pour faire passer le malade, d'une très bonne santé habituelle à la mort, et pour produire

les altérations profondes de la constitution qui précèdent et qui suivent les formations tuberculeuses les plus abondantes. Sous de pareilles influences, avec une pareille marche de la maladie, la forme anatomique de la phthisie est exclusivement la forme miliaire. Une seule éruption tuberculeuse, mais une éruption excessivement abondante, a suffi pour remplir les poumons et asphyxier le malade. La maladie n'a point eu le temps de suivre ses périodes ordinaires.

L'alimentation est restée toujours très bonne; aucune influence ne s'est exercée spécialement sur le système digestif; aussi, malgré le haut degré de développement de la cachexie tuberculeuse, le travail de tuberculisation n'a fait aucune jetée sur l'intestin; il a concentré toute son action sur les poumons, qui, pendant six mois, avaient été exposés au contact d'un air très vicié, et, postérieurement, aux effets de rhumes très fréquents.

V[e] Observation. *Phthisie pulmonaire déterminée par les fatigues de la vie de bureau et les chagrins; l'influence de la grippe de 1837 venant se joindre ensuite aux causes précédentes.*

M. le docteur Petit, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, me pria, au mois de février 1838, de voir avec lui M. R..., rue Laffite, 42, et de lui dire ce que je pensais de l'état de sa poitrine. C'était un homme de 30 à 32 ans, d'une constitution médiocre, à poitrine peu développée, d'un tempérament à la fois lymphatique et nerveux. D'après les réponses que nous fit le malade, tout éloignait chez lui la pensée d'une prédisposition héréditaire à la phthisie.

Pendant une assez longue période de sa vie, période qui avait fini à 24 ans, M. R... avait été employé dans les bureaux du ministère. Là, la poitrine appuyée contre une table, respirant un assez mauvais air, à cause de l'étroitesse de la pièce dans laquelle il travaillait, il était du matin au soir occupé à écrire. Jusque là il s'était toujours très bien porté. Mais, dès lors, il tomba insensiblement dans un état de malaise général, de faiblesse, de langueur, d'état fébrile vague et irrégulier; voyant que cet état ne faisait que s'accroître, et ne pouvant l'attribuer à d'autre cause qu'à sa vie de bureau, M. R.. y renonça, et, dès ce moment, recouvra graduellement sa santé. Mais

des revers de fortune et de violents chagrins vinrent l'assaillir, et il se vit forcé, par la nécessité, de reprendre le travail qui déjà avait porté une atteinte assez profonde à sa santé ; mais, au bout de peu de temps, il retomba dans le même état morbide qui le lui avait fait abandonner, et cet état s'aggrava de plus en plus. Alors, survint la grippe de 1837. M. R... en fut atteint à un très haut degré, et elle revêtit chez lui cette forme que l'on a décrite sous le nom de *grippe pectorale*. Jusque là il n'avait jamais eu de fluxion de poitrine, jamais de toux ni de rhumes. Mais, après sa convalescence de la grippe, convalescence qui fut fort longue, il s'aperçut qu'il avait contracté une disposition toute particulière à s'enrhumer et à tousser ; bientôt, la toux et les rhumes restèrent à peu près continuels. M. R... était surtout devenu très sensible au froid, à l'humidité et aux variations brusques de la température. En même temps que se manifesta cette disposition aux rhumes et à la toux, il survint un sentiment de gêne, de malaise, de douleur vague dans la poitrine, de difficulté dans la respiration. La santé, les forces, l'embonpoint du malade déclinèrent de plus en plus rapidement. Vers le matin d'abord, ensuite dans le milieu de la journée, puis enfin vers le soir, il éprouva un état de malaise plus prononcé, plus d'accablement, et avec cela un peu de frisson, suivi de chaleur, de sueur et de toux. A peu près à cette époque, son sommeil commença à se troubler, et il eut, à quelque temps de distance, deux hémoptysies assez abondantes, la seconde surtout.

Au moment où je vis le malade, on observait du côté de la poitrine les symptômes locaux que je décrirai ailleurs comme appartenant à la première période de la phthisie pulmonaire. Les symptômes généraux correspondants étaient proportionnellement beaucoup plus prononcés que les phénomènes locaux. Je dis à M. Petit qu'il existait une infiltration tuberculeuse assez abondante dans le sommet du poumon droit, beaucoup moins considérable dans le sommet du poumon gauche. J'ajoutai que la marche de la phthisie serait aiguë, rapide, et que la mort arriverait probablement au bout de peu de temps, quoi qu'on fît pour la prévenir, attendu la trop grande confluence de l'infiltration tuberculeuse, le degré trop avancé de la cachexie tuberculeuse générale, et le caractère trop aigu de la maladie. Néanmoins, pour retarder autant que possible le terme fatal, nous fîmes faire une application de sangsues sous les clavicules, ce qui calma un peu, momentanément, l'acuité des phénomènes généraux, et nous envoyâmes le malade à la campagne, en lui traçant

un certain régime et une certaine manière de vivre. Quelques mois après, M. R..., retiré en Bourgogne, avait succombé à la marche très rapide de son affection.

La disparition des funestes effets qui commençaient à se développer quand le malade, sagement inspiré, s'est soustrait à leur cause; la réapparition de ces effets quand la nécessité a replacé le malade sous l'influence de cette même cause; l'aggravation successive des phénomènes morbides, à mesure que les influences antihygiéniques se perpétuent et s'augmentent (les chagrins), laissent voir dans tout son jour la funeste puissance de ces influences pour produire l'altération de la constitution et la cachexie tuberculeuse. L'épidémie de grippe est venu surprendre le malade au milieu de ces conditions. Alors, selon toute apparence, l'élément local de la phthisie n'était pas encore développé; mais, dès ce moment, les phénomènes généraux se sont beaucoup aggravés, des phénomènes locaux sont survenus, le dépôt de la matière tuberculeuse s'est effectué dans les poumons, la disposition aux rhumes et à la toux, la sensibilité au froid et à l'humidité se sont développées, et, dès lors, la maladie a été entraînée vers son terme fatal par une marche rapide. Cette influence de la grippe de 1837, s'est fait sentir chez un grand nombre des malades que j'ai observés depuis cette époque.

Les mêmes influences qui ont agi sur cé malade s'exercent sur beaucoup d'individus, et sont bien loin d'amener chez tous les mêmes résultats; ce qui fait penser que, par sa constitution (qui, d'après ce que nous avons dit, était médiocre), M. R. avait quelque prédisposition à ce que ces influences eussent plus de prise sur lui que sur d'autres. De là ce principe d'hygiène privée et publique, que j'ai posé dans mes considérations sur le traitement préventif de la phthisie (chap. XV) : que le choix d'un état, et, de la part de l'administration, le choix de ses employés quelconques, de-

vraient être réglés, plus qu'on ne le fait, sur la santé et les prédispositions des individus.

Si le malade, sagement conseillé, eût continué de se soustraire à l'influence qui, à 24 ans, avait commencé à altérer sa constitution et sa santé; si, tout en subissant la nécessité de sa nouvelle position, M. R., au lieu de reprendre sa vie de bureau, eût choisi une occupation plus convenable pour sa santé, tout porte à penser que la première atteinte portée à sa constitution n'aurait bientôt plus laissé aucune trace (1); tandis que, au moment où elle tendait à disparaître tout-à-fait, les mêmes causes sont venues la réveiller et la multiplier sans cesse. Beaucoup de personnes sont dans ce cas : faute de réclamer des conseils éclairés et de donner une bonne direction à leur genre de vie, elles commettent imprudence sur imprudence, et aggravent elles-mêmes un mal qu'il eût été d'abord facile d'éteindre.

VI[e] Observation. — *Phthisie pulmonaire causée par des excès de travaux physiques, des veilles prolongées, l'intempérance et des excès vénériens.*

M. M...., de D... (département du Puy-de-Dôme), d'une constitution vraiment athlétique, d'une force musculaire très grande, à poitrine large et bien faite, à tempérament essentiellement sanguin, né de *parents* robustes comme lui, comme lui aussi d'une santé parfaite, abusa beaucoup de sa force et de sa constitution pendant une assez longue période d'années : excès d'efforts musculaires, poussés jusqu'aux plus grandes imprudences quand il s'agissait de montrer sa force; excès vénériens et alcooliques; veilles fréquentes et prolongées, soit en voyages, soit dans des parties de plaisir. Du reste, M. M.... se nourrissait bien, n'avait jamais aucun chagrin, et respirait toujours un air très pur. Insensiblement, ses forces, sa santé, sur lesquelles il avait trop compté, diminuèrent, sa constitution se détériora; et, comme les influences antihygiéniques que nous venons d'indiquer n'étaient pas continues, mais passagères, seulement assez fréquemment renouvelées, cette altération de la constitution ne fut que très lente, très graduelle, et le malade, amené par degrés successifs à un

(1) Toutefois, en dehors de l'influence précédente, restaient les chagrins, bien capables à eux seuls de produire la phthisie pulmonaire.

affaiblissement dont il s'apercevait bien, mais dont il ne s'effrayait pas, se livra encore pendant long-temps à ses imprudences. Il fut ainsi conduit, par degrés insensibles, à traverser toute la série des phénomènes de la *fièvre hectique chronique*. A une époque déjà assez avancée de la phthisie, il éprouva pour la première fois des rhumes, qui d'abord furent lents à disparaître, et qui, ainsi que la toux, finirent par se perpétuer. Il tomba graduellement dans le dernier degré du marasme, et mourut à quarante et quelques années, offrant tous les signes locaux de cavernes pulmonaires fort étendues, et tout l'appareil extérieur qui accompagne le troisième degré de la phthisie.

Quoique nombreuses, les influences antihygiéniques qui ont causé la phthisie pulmonaire de M. M.... ne se sont exercées que par intervalles; d'ailleurs, leur action a porté sur une constitution excessivement robuste, et la marche de la phthisie empruntant son caractère des causes qui ont produit cette affection, est restée irrégulière et chronique. La marche aiguë de la phthisie pulmonaire dépend donc, non pas de la nature particulière des causes qui la déterminent, mais du mode d'action de ces causes : si elles sont nombreuses, très actives, et si leur action est permanente, la marche de la phthisie qu'elles engendrent en sera d'autant plus rapide et plus aiguë; si elles sont interrompues, et paralysées en quelque sorte par des intervalles de bonnes conditions hygiéniques, seraient-elles nombreuses, et très puissantes à chacune de leurs atteintes, la marche de la maladie restera lente, long-temps indécise et toujours chronique. La phthisie *acquise* n'est donc pas nécessairement aiguë, mais elle l'est ordinairement, parce que, ordinairement, les influences qui la déterminent s'exercent d'une manière continue. La phthisie *héréditaire*, chronique par la nature même de son origine, peut devenir aiguë si des causes accidentelles viennent en précipiter la marche; alors, le degré d'acuité qu'elle présentera sera en rapport avec le degré, la continuité et la persistance d'action de ces causes accidentelles. Ces faits sont rendus bien manifestes, dans un grand nombre de nos observations, par les détails nombreux et précis qui y sont inscrits.

Rappelons, à propos de ce malade, le fait que j'ai posé en principe dans l'un des chapitres précédents : qu'il n'est aucun individu, quelque robuste qu'on le suppose, qui, sous l'influence d'un certain nombre de conditions antihygiéniques, ne puisse, au bout d'un certain temps, devenir phthisique. De même que je l'ai fait chez les animaux, j'aurais la certitude de faire naître la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire chez l'individu le plus fortement constitué, qui, pendant un temps convenable, voudrait se soumettre aux conditions que je lui imposerais. Bien plus, en variant les expériences, en faisant agir ces influences en plus ou moins grand nombre, à un plus ou moins haut degré, pendant un temps plus ou moins long, par une action permanente ou interrompue, on pourrait, chez l'homme comme chez les animaux, déterminer à volonté une phthisie rapide ou lente, aiguë ou chronique, confluente ou bénigne, etc. Mais ma supposition n'est que le fait retourné; car, malheureusement, les expériences que je suppose, pour rendre plus énergiquement ma pensée, se font chaque jour dans la société, depuis les rangs les plus élevés où le plaisir, où les abus de la civilisation président aux combinaisons diverses de ces funestes influences, jusqu'aux rangs les plus inférieurs où le vice et la misère se chargent de leur direction.

VIIe OBSERVATION. — *Symptômes de cachexie tuberculeuse, vagues et fort légers, à la suite de rhumes répétés, de fatigues et de privations. Puis, tout-à-coup, phthisie pulmonaire causée par des chagrins.*

Le 16 mars 1837, nous trouvâmes, au n° 12 de la salle Saint-Louis (hôpital de la Charité, service de M. Andral), Etienne Mahut, perruquier, âgé de 54 ans, d'une constitution extrêmement robuste, à système osseux très développé, surtout en épaisseur, à système musculaire très prononcé, à poitrine large et bien faite, à tempérament essentiellement sanguin, né *de parents* aussi bien constitués que lui-même, ordinairement d'une très bonne santé, morts, l'un à 76 et

l'autre à 75 ans. *Son frère*, primitivement aussi fort, aussi robuste que lui, s'était très bien porté pendant sa première jeunesse, mais, à la suite d'une vie toute de libertinage, était tombé successivement dans un état de faiblesse toujours croissant, et était mort à 40 ans *d'une maladie de langueur*.

De fréquentes transpirations auxquelles il était sujet, et qui, le plus souvent, étaient suivies de refroidissement, exposèrent Mahut, dès son enfance, à contracter des rhumes assez fréquents Ces rhumes et la toux augmentèrent de fréquence et de durée à partir de l'âge de dix ans, postérieurement à une atteinte de variole et de coqueluche qu'il eut à cette époque. Cette disposition à s'enrhumer et à tousser diminua ensuite un peu, laissant toujours Mahut jouir d'une bonne santé. Il partit alors pour les armées. Pendant 14 ans que dura sa carrière militaire, Mahut fit presque toujours campagne, et eut à supporter mille fatigues, mille privations. Sa santé résista assez bien à toutes ces épreuves; toutefois, quand ses fatigues devenaient trop fortes, quand il était obligé, pendant quelque temps, de coucher dans des lieux bas et humides, il sentait ses rhumes et sa toux se réveiller plus forts, ses forces diminuer un peu, et sa santé générale s'affaiblir; puis, dans les intervalles de ses plus grandes fatigues, sa constitution et sa santé reprenaient le dessus, et de nouveau il devenait bien portant. En sortant du service il se fit perruquier, vécut dans de très bonnes conditions hygiéniques; et dès-lors, pendant fort long-temps, une santé constamment très bonne, quoique moins robuste, nous disait-il, que celle qu'il avait avant d'être militaire, vint remplacer les alternatives de santé chancelante et de bonne santé qu'il avait eues pendant sa carrière militaire. A quarante ans, il eut une fluxion de poitrine caractérisée par un point de côté à droite; mais il s'en releva très bien, et continua de jouir d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 52 ans. A cette époque, la perte de sa femme, et avec elle de toute sa fortune et de toutes ses affections, lui occasionnèrent de violents chagrins. Ces chagrins eurent une influence très grave sur sa santé; car, dès ce moment, ses forces s'affaiblirent, sa santé devint languissante, il maigrit, et ces symptômes firent de rapides progrès, malgré les bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles, d'ailleurs, il vivait. Bientôt, il éprouva, à peu près chaque soir, un état de fatigue très grande, de malaise général, de gêne dans la poitrine, d'accablement, de taciturnité, de tendance à pleurer, d'étouffement, d'inquiétude morose; et, au bout de quelques instants de durée de cet état particulier, survenaient des frissons, puis de la chaleur et de

la sueur qui se prolongeaient dans la nuit, au milieu d'un sommeil très agité, rempli de rêves fort pénibles, et fort souvent interrompu par la toux. L'appétit était presque insatiable, les digestions se faisaient bien, les selles étaient régulières. Au mois de janvier 1837, c'est-à-dire trois mois avant son entrée à l'hôpital, il eut une fluxion de poitrine, caractérisée, comme la précédente, par un point de côté à droite et par de la fièvre. Depuis cette époque, tout l'ensemble symptomatique que je viens de passer en revue s'était beaucoup aggravé, et, sur la fin de janvier, une hémoptysie de médiocre abondance, mais de plusieurs jours de durée, était venue s'y joindre. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, nous constatâmes tous les signes généraux que je viens d'indiquer, et tous les signes locaux les plus caractéristiques d'une infiltration tuberculeuse encore à la première période, mais fort confluente, plus considérable dans le poumon droit que dans le poumon gauche. Le malade sortit de l'hôpital le 14 avril de la même année.

Depuis long-temps Mahut était sous l'influence d'un état morbide général, qui revêtait la forme d'un commencement de cachexie tuberculeuse, mais qui, très lent à se développer, inégal dans son degré et dans ses apparitions, comme les causes qui l'avaient déterminé et qui l'entretenaient, ne se dessinait que d'une manière incomplète, vague et interrompue. Des rhumes nombreux mais passagers, des fatigues assez grandes mais non continues, des privations, l'influence du froid et de l'humidité, mais agissant à certaines époques seulement : telles étaient les causes qui avaient déterminé cette manifestation de mouvements morbides, légers dans leurs formes, mobiles dans leur degré et même dans leur existence. L'excessive résistance de la constitution sur laquelle ces causes agissaient, a dû contribuer pour beaucoup à en modérer les effets. Puis, ces causes cessent, la santé du malade reprend son équilibre mais non pas sa force primitive, une première fluxion de poitrine disparaît sans laisser de trace sur la santé ; mais, tout-à-coup, le malade est assailli par de violents chagrins, et, dès ce moment, des mouvements morbides éclatent, intenses et rapides, la cachexie tubercu-

leuse se développe et après elle la phthisie pulmonaire. Une seconde fluxion de poitrine est suivie d'un accroissement rapide dans les symptômes locaux et généraux. La funeste influence des chagrins, des passions tristes, sur le développement et la marche de la phthisie, ne peut être plus manifeste que chez le malade de cette observation.

VIIIe Observation. — *Phthisie pulmonaire causée par l'onanisme, et, plus tard, influencée dans sa marche par une mauvaise nourriture et une habitation malsaine.*

Ernestine Dupuis, jeune couturière de 18 ans, d'une constitution médiocrement forte, mais bien régulièrement développée, à poitrine bien faite, à peau blanche et délicate, d'un tempérament lymphatique et un peu nerveux, entra à l'hôpital de la Charité, le 14 mars 1837 (salle Ste-Marthe, n° 10, service de M. Andral).

Son père, d'une constitution forte, toujours bien portant, était mort d'accident. *Sa mère*, âgée de 38 ans, jouissait ordinairement d'une bonne santé, quoique d'une complexion un peu délicate. *Son frère* était mort à quatre ans de la rougeole.

Jusqu'à l'âge de huit ans, Ernestine Dupuis, élevée à la campagne, bien nourrie, vivant dans un air pur, dans une habitation saine, s'était toujours très bien portée; à cet âge, on l'envoya habiter Paris. A peine y fut-elle arrivée, qu'elle contracta la funeste habitude de l'onanisme. A quinze ans, époque à laquelle ses règles parurent pour la première fois, ses passions se montrèrent plus vives, plus impérieuses, et depuis ce moment jusqu'à son mariage, qui eut lieu à seize ans, elle chercha, avec plus d'abandon encore que jusque là, à les éteindre dans le vice dont elle avait contracté l'habitude.

Deux mois environ après s'être livrée à l'onanisme, elle sentit ses forces s'affaiblir, sa santé diminuer, son activité vitale ordinaire être remplacée par un état de mauvaise disposition générale, de mollesse, de langueur maladive. Bientôt, ces premiers phénomènes prirent un caractère plus prononcé; un sentiment de pesanteur, de chaleur, d'endolorissement se manifesta à l'épigastre; de la fièvre se joignit aux symptômes précédents; fièvre d'abord vague, irrégulière, inconstante, puis plus prononcée, plus régulière dans sa forme et plus continue. Un rhume assez intense se développa, se prolongea longtemps, disparut incomplètement, pour reparaître ensuite à propos de causes fort légères, et enfin ce rhume resta presque continuel depuis

cette époque, accompagné d'une toux qui suivit à peu près la même marche que lui, et d'une expectoration d'abord salivaire, puis muqueuse, et plus tard mêlée de petits grumeaux blanchâtres, épais, opaques, mais jamais hémoptoïque. Un point de côté à droite suivit de près le premier rhume. A onze ans, un nouveau point de côté qui, malgré une saignée et une application de sangsues, persista deux mois, marqua le commencement d'une nouvelle période, pendant laquelle les symptômes précédemment indiqués devinrent beaucoup plus intenses A quatorze ans, un nouveau point de côté à droite fut le signal d'un nouvel accroissement dans ces symptômes : la toux, les rhumes, la faiblesse générale, le sentiment de détérioration de la constitution, les symptômes fébriles, devinrent beaucoup plus marqués ; la malade maigrit sensiblement, elle commença à éprouver un sentiment d'oppression, de gêne à respirer, et ce sentiment resta toujours plus prononcé dans le côté droit de la poitrine. Mais, loin de renoncer à ses habitudes vicieuses, elle ne fit que s'y livrer avec plus de passion. De 15 à 16 ans, l'écoulement menstruel fut régulier ; à partir de 16 ans, époque de son mariage, il devint irrégulier, puis resta trois mois sans paraître, puis reparut pour disparaître enfin tout-à-fait. Ce moment fut le signal d'une nouvelle aggravation dans les symptômes de cachexie tuberculeuse et de fièvre hectique éprouvés jusque là par la malade, d'autant plus, qu'à peu près à cette époque, Ernestine Dupuis eut à subir l'influence d'une nourriture malsaine et d'une habitation étroite et mal aérée.

Au moment de son entrée, nous constatâmes, sous la clavicule droite, les signes de la phthisie au deuxième degré ; dans le sommet gauche de la poitrine, les signes d'une infiltration tuberculeuse assez confluente, mais encore au premier degré. Le 3 avril elle voulut sortir de l'hôpital ; on entendait alors un peu de respiration caverneuse dans le sommet droit de la poitrine. Dans les premiers jours de juin, la malade rentra dans notre salle avec tous les signes de cavernes fort étendues dans les deux sommets de la poitrine. Elle conserva jusqu'à la fin toute sa connaissance, et mourut le 2 juillet, après une longue et douloureuse agonie, dans laquelle elle nous offrit le triste spectacle d'une lutte contre la mort pleine d'angoisse et de désespoir.

A l'autopsie nous trouvâmes les deux poumons infiltrés d'une quantité tellement considérable de tubercules, sous forme exclusivement miliaire, qu'ils représentaient tous les deux, dans la plus grande partie de leur étendue, une masse absolument compacte.

L'infiltration tuberculeuse était très irrégulièrement disséminée dans les divers points du poumon. Les deux sommets étaient tout creusés de cavernes, les unes grandes, les autres petites. A la base était une épaisse couche de granulations ramollies, tandis que vers le milieu du poumon, les tubercules étaient généralement à l'état de crudité.

Le tissu du foie graissait un peu le scalpel; l'iléon offrait, dans une assez grande étendue, une éruption de granulations tuberculeuses, réunies çà et là en larges plaques, les unes à l'état de crudité, d'autres ramollies, quelques-unes commençant à s'ulcérer. Aucune trace de péritonite, ni ancienne ni récente, ne se remarquait sur aucun point de l'abdomen. Aucun des autres viscères abdominaux n'offrait de trace de tubercules.

L'influence d'une mauvaise alimentation n'est venue se joindre que fort tard à l'influence de l'onanisme; aussi, l'altération tuberculeuse de l'iléon était-elle beaucoup moins abondante et beaucoup moins avancée que celle des poumons, beaucoup moins abondante et beaucoup moins prononcée que celle qui s'est développée sur l'intestin de plusieurs de nos malades, chez lesquels l'influence d'une mauvaise alimentation avait été une des premières à se montrer.

Il existe un rapport tellement intime entre le moment où s'est développée la passion de l'onanisme, et l'époque de la vie à laquelle se sont manifestés les premiers symptômes de l'altération de la constitution, entre la continuité, l'accroissement de la cause et la persistance, l'aggravation des effets, qu'on ne peut douter que la cachexie tuberculeuse et par suite la phthisie pulmonaire n'aient été causées, chez cette malade, par la funeste passion à laquelle elle s'est abandonnée.

Ici, comme dans les observations précédentes, nous voyons la disposition aux rhumes et à la toux, suivre de près le développement de la cachexie tuberculeuse, puis être suivie elle-même de fluxions de poitrine qui ont été le signal d'une nouvelle aggravation des symptômes. Comme

dans quelques-unes des observations qui précèdent, nous voyons la menstruation subir l'influence de la cachexie tuberculeuse, diminuer, devenir irrégulière à mesure que la cachexie se développe davantage, et enfin, à une époque où selon toute apparence des tubercules se sont développés dans les poumons, cesser tout-à-fait.

Xe Observation. *Phthisie pulmonaire causée par des habitudes d'ivrognerie et des excès vénériens.*

Alexandre Delton, âgé de 38 ans, marchand brocanteur, né à Paris, fut admis le 17 mars 1837 à l'hôpital de la Charité (n° 33 de la salle St-Louis, service de M. Andral).

Delton offrait tous les caractères de la constitution la plus robuste et du tempérament le plus sanguin : membres très forts, très musclés, tête volumineuse, poitrine large, peau brune, ferme, épaisse, élastique, cheveux noirs, embonpoint développé.

Son père, petit, mais robuste comme lui, avait 70 ans et se portait parfaitement bien. *Sa mère* était morte à 31 ans, il ignorait de quelle maladie.

A 14 ans, Delton commença à se livrer aux plaisirs vénériens. De 24 à 34 ans, il s'y livra avec beaucoup d'excès, et resta pendant cette longue période dans une débauche continuelle. L'extrême fréquence du coït formait le caractère de ces excès. La passion de l'ivrognerie, portée au plus haut degré, vint se joindre bientôt à la passion précédente. Depuis 20 ans, nous disait-il au moment de notre examen, il n'avait pas cessé d'être ivre. A 34 ans il tomba dans l'impuissance, et cessa par cette cause ses excès vénériens. Mais sa passion pour le vin et les liqueurs, qui avait commencé à 18 ou 20 ans, augmenta en proportion, et il regagna, disait-il, par l'ivrognerie, le temps qu'il ne pouvait plus employer à la débauche.

Jusqu'à l'âge de 28 ans, sa santé s'était parfaitement soutenue. Jusquelà il n'avait jamais eu ni toux, ni rhume, ni fluxion de poitrine, ni aucune autre maladie, même légère. A cette époque, 4 ans après ses premiers excès, peu de temps après s'être mis marchand en plein air, parlant et criant toute la journée, il commença à tousser et à s'enrhumer. La toux et les rhumes se perpétuèrent, éprouvant de temps en temps, en été comme en hiver, des recrudescences assez fortes et toujours lentes à disparaître. Cependant, sa constitution, ses forces, quoique affaiblies, n'éprouvèrent pas encore de détériora-

tion bien sensible. Mais, après une longue période passée dans cet état de santé chancelante et de rhumes presque continuels, vers l'âge de 36 à 37 ans, Delton avait senti sa santé, ses forces, sa constitution faiblir beaucoup: du malaise, de l'inaptitude et une impuissance inaccoutumée au travail, du dérangement dans les selles, un peu d'amaigrissement, étaient survenus; puis, les rhumes et la toux avaient augmenté de force et de fréquence, la voix s'était altérée ; des douleurs pleurétiques, fixées tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, avaient été le signal d'un accroissement dans les symptômes généraux ; un sentiment de difficulté de respirer, de gêne dans l'intérieur de la poitrine, était venu s'y joindre; puis, des douleurs de ventre, des alternatives de dévoiement et de constipation avaient remplacé les alternatives de selles régulières et de constipation qui avaient eu lieu d'abord; et, graduellement, le malade était tombé dans l'état où nous le trouvâmes au moment de son entrée à l'hôpital. Nous constatâmes alors les signes les moins douteux d'une infiltration tuberculeuse considérable du sommet des poumons : bruit inspiratoire beaucoup diminué; bruit expiratoire beaucoup augmenté et occupé par du timbre bronchique ; râle de craquement sec ; bronchophonie très distincte ; son très obscur; vibration vocale beaucoup diminuée; régions sous-claviculaires, la droite surtout, considérablement affaissées; régions antérieures et supérieures de la poitrine aplaties ; sommet droit de la poitrine plus petit que le sommet gauche (fait constaté par la mensuration); mouvements partiels des côtes moindres au-dessous de la clavicule droite que de la gauche; sensation bien distincte, de la part du malade, d'une respiration plus gênée, plus difficile dans le côté droit de la poitrine que dans le côté gauche.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, les symptômes locaux et généraux de son affection s'aggravèrent beaucoup ; le 12 juin, jour de sa sortie, on constatait sous la clavicule droite tous les signes d'un commencement de cavernes pulmonaires. Aucun doute ne pouvait être élevé sur l'existence d'une phthisie pulmonaire, qui commençait à effectuer sa troisième période.

Jamais Delton n'avait été soumis à d'autres influences antihygiéniques que celles qu'on vient de voir.

Chez le malade de cette observation, les signes de l'altération de la constitution et du développement de la cachexie tuberculeuse ne sont devenus bien sensibles que quatre ans après le commencement d'action des influences antihygié-

niques; et, pendant long-temps, cette altération de la constitution ne s'est développée que très lentement. Doit-on attribuer ces résultats à l'extrême résistance de la constitution primitive du malade? cela est probable; car nous avons vu les mêmes effets, nés sous l'influence de causes les mêmes ou analogues, se développer avec une très grande rapidité chez plusieurs de nos malades à constitution primitivement faible et à tempérament lymphatique.

Une excitation particulière était entretenue sur le système digestif par des habitudes d'ivrognerie; aussi, le trouble des fonctions digestives est-il un des premiers phénomènes qui aient apparu, et un de ceux qui ont été le plus prononcés pendant le cours de la phthisie de notre malade.

Xe OBSERVATION. — *Phthisie pulmonaire et rénale, causée par des excès vénériens.*

Un étudiant en médecine du département de l'Ain, Gust. D., âgé de 31 ans, vint à l'hôpital de la Pitié (n° 11 de la salle Saint-Léon, service de M. Andral), le 29 février 1836, se faire traiter d'une affection de la moelle.

Sa constitution primitive avait été extrêmement forte : taille de 5 pieds 6 pouces; poitrine large; système osseux bien développé en épaisseur; muscles épais et puissants; système pileux abondant et châtain-noir; peau blanche, mais ferme, colorée, élastique; en un mot, constitution presque athlétique, tempérament sanguin et nerveux tout à la fois.

Son père, d'une très forte constitution, d'une santé robuste, vivait encore, était et avait toujours été bien portant. *Sa mère*, d'une constitution également très forte, d'un tempérament très sanguin, jouissait d'une parfaite santé *Son frère* et *sa sœur*, robustes, bien constitués, étaient tous deux très bien portants.

Jusqu'à l'âge de 14 ans, Gust. D. avait toujours été très fort, très agile, très bien portant et dans un état d'embonpoint plus qu'ordinaire. A 14 ans il entra au collége, y resta jusqu'à 22 ans, et, pendant toute cette longue période de temps, se livra avec beaucoup d'excès à la masturbation. Un an après avoir contracté cette habitude

dégradante, c'est-à-dire à l'âge de 15 ans, il s'aperçut d'un commencement d'affaiblissement dans sa santé et d'altération dans sa constitution. Trois ou quatre ans après, des douleurs vives, premiers symptômes de l'affection de la moelle qu'il eut ensuite, se firent sentir dans la région dorsale inférieure de la colonne vertébrale, augmentant à chaque nouvelle masturbation, diminuant et quelquefois disparaissant dans l'intervalle, mais pour reparaître plus vives quand il renouvelait ses excès. A partir de l'âge de 20 ans, il se livra au coït avec la même passion et avec un esprit de débauche qui ne fit qu'augmenter depuis cette époque. Ses excès avaient moins pour caractère la fréquence du coït que la violence, que l'extrême passion avec lesquelles il s'y livrait, et l'état de désordre nerveux qui accompagnait et suivait l'acte vénérien. Un jour, cet état de trouble nerveux fut porté jusqu'à la perte de connaissance.

Ces débauches le jetèrent dans un état d'excitation cérébrale extrêmement pénible; les moindres impressions provoquaient chez lui, ou une extrême sensibilité, ou une extrême colère. Ses facultés intellectuelles baissèrent considérablement, et sa constitution physique subit, avec sa santé, une dégradation toujours croissante. Pendant toute une année. il chercha à échapper a ses souvenirs, à ses réflexions, en s'entretenant dans un état continuel de torpeur par de fortes doses de laudanum. Enfin, peu de temps avant son entrée à l'hôpital, donnant tout-à-coup une autre direction à ses passions, il se livra avec ardeur à des études d'autant plus pénibles pour lui, que le sentiment de l'impuissance était sans cesse aigri par celui du regret. Il chercha par beaucoup de moyens à vaincre cette impuissance, il s'imposa lui-même des veilles fréquentes, et prolongées quelquefois pendant toute la nuit; pour tenir en éveil ses facultés engourdies, il prit jusqu'à sept et huit tasses de café noir par jour. Cette excitation factice du système nerveux, cette tension continuelle et chagrine de l'esprit, aggravèrent beaucoup l'état de sa santé, déjà si profondément altérée par ses premiers excès et par les maladies qui en avaient été la conséquence. En effet, de 20 à 29 ans, il avait eu quatre maladies vénériennes, dont une seule avait été traitée avec un peu de soin, et dont les autres avaient été à peu près abandonnées à elles-mêmes. A 26 ans, de violentes douleurs ostéocopes et des exostoses survenus à la suite de ces douleurs, l'obligèrent de subir, pendant 8 mois consécutifs, à l'hôpital du Gros Caillou, un traitement qui le guérit de ses accidents syphilitiques, mais qui le laissa dans un état de faiblesse et de maigreur extrêmes. Ce ne fut qu'au bout de quatre mois de repos et de l'usage des eaux de Bagnoles

qu'il reprit des forces, de l'embonpoint et un état d'assez bonne santé, comparativement aux années précédentes. Il avait cessé depuis quelques années sa vie de débauche. Néanmoins, à l'âge de 30 ans, c'est-à-dire un an avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une douleur pleurétique très vive accompagnée de fièvre, qui se porta alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche de la poitrine, sa santé, sa constitution et ses forces subirent un décroissement notable et assez rapide; c'est à partir de cette époque surtout que se manifestèrent les premiers symptômes que j'ai décrits sous le nom de fièvre hectique (voyez chap. VI), et les signes de son affection de la moelle, tels que : douleur vive dans la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale, constipation opiniâtre, engourdissement, secousses convulsives, puis paralysie incomplète des membres inférieurs, difficulté d'uriner, séjour de l'urine dans la vessie; enfin, déviation latérale, d'un demi-pouce d'étendue, de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale.

Gust. D... n'avait jamais subi d'autres conditions antihygiéniques que les excès vénériens et les maladies vénériennes dont je viens de retracer le tableau. Je l'interrogeai sur toutes les circonstances qui pouvaient avoir quelque rapport direct ou indirect avec la phthisie pulmonaire : jamais il n'avait eu aucun des symptômes des affections scrofuleuses; jamais de maladies de la peau; jamais de toux ni de rhumes; jamais de fluxion de poitrine, excepté celle qu'il éprouva un an avant son entrée à l'hôpital; jamais d'hémoptysies. Sa nourriture avait toujours été saine et abondante et son habitation salubre, jamais il n'avait été exposé à des fatigues excessives du corps; jamais non plus il n'avait eu la passion du vin. Pendant une période de six ans, durant laquelle il avait été militaire, il n'avait fait que des excès vénériens.

Après un mois de séjour à l'hôpital, après une aggravation successivement croissante et rapide, des symptômes de son affection de la moelle, et des symptômes fort graves qu'il éprouvait aussi du côté des voies urinaires, Gust. D. tomba dans le dernier degré de marasme, et mourut le 24 mars.

A l'autopsie, nous trouvâmes les deux poumons adhérents à la plèvre pariétale par des brides *celluleuses* de très ancienne formation, dispersées çà et là sur la surface du poumon. L'adhérence du sommet des deux poumons avec le sommet de la cavité thoracique était plus générale et plus immédiate. Dans l'épaisseur de chacun de ces deux sommets de poumons, se trouvaient épars des noyaux de matière tuberculeuse, les uns convertis en cavernes de peu d'étendue, d'autres

crus et comme frais, d'autres un peu blancs et desséchés, d'autres enfin convertis en une sorte de matière plâtreuse dans quelques points, crétacée dans quelques autres Autour des noyaux de matière plâtreuse, et surtout de matière crétacée, le tissu pulmonaire était induré; cette induration était fort peu sensible autour des noyaux formés par de la matière tuberculeuse desséchée. Dans le reste de leur étendue, les poumons étaient sains et n'offraient aucune trace de tubercules. A l'exception de l'appareil urinaire, aucun des viscères abdominaux n'offrait d'altération digne d'être notée. La substance corticale des reins était parsemée d'une infinité de petits points blanchâtres, du volume d'une tête d'épingle, qui n'étaient autre chose que de petites granulations tuberculeuses ramollies et prêtes d'entrer en suppuration. La muqueuse de la vessie, de l'uretère, de l'urèthre, était considérablement épaissie, fendillée, d'une teinte brunâtre et grisâtre, tombant en détritus dans quelques points. Aucune trace d'infiltration tuberculeuse n'existait dans l'intestin ni dans aucun autre organe de l'économie.

Ramollissement pulpeux, très considérable, de la portion dorso-lombaire de la moelle épinière. Epaississement et induration considérables de la partie correspondante de ses membranes. Un peu d'érosion de la partie correspondante des anneaux vertébraux. Aucune trace de tubercules dans ces parties.

Nul doute que, chez ce malade, la phthisie pulmonaire fût *acquise* et non *héréditaire*. Nul doute que les excès vénériens auxquels il s'est livré n'aient été la cause première de sa phthisie. C'est un an après le commencement d'action de cette cause, que ses premiers effets, c'est-à-dire les premières traces de l'altération de la constitution, se sont montrés. Plus tard, cette altération de la constitution s'est accrue en raison directe du degré d'activité et de persistance des excès vénériens. A differentes époques elle a paru se ralentir, en raison même de l'assoupissement des honteuses passions qui en étaient la source. La vie du malade est ainsi marquée par certaines époques, dans lesquelles l'accroissement des symptômes a suivi de plus ou moins loin l'accroissement relatif des influences morbides; or, ces mêmes époques semblent être représentées, sur le poumon, par les éruptions tubercu-

leuses, de dates évidemment différentes, qui s'y sont trouvées à l'autopsie. L'une de ces éruptions avait parcouru toutes ses périodes et était arrivée à l'état de cavernes; l'autre, dont la date paraissait plus ancienne, avait suivi une marche opposée, et le dépôt tuberculeux qui en avait été le résultat, passant par des degrés successifs de dessiccation et de transformation plâtreuse et crétacée, semblait obéir à un mouvement rétrograde, et être le siége d'un travail de disparition. Peut-être, probablement même, si le malade eût cessé sa vie de débauche après l'époque où s'était produite cette éruption tuberculeuse, l'élément local de la phthisie pulmonaire passant par les transformations successives que j'ai décrites au chap. XVI, § 3, aurait-il fini par disparaître entièrement, et le malade serait-il guéri de sa phthisie pulmonaire. Une pleurésie droite et gauche, dont le développement paraît avoir été beaucoup influencé par la cachexie tuberculeuse générale, est devenue cause accélératrice du travail de tuberculisation sous l'influence duquel elle avait pris naissance, et, selon toute apparence, a provoqué l'une des dernières éruptions tuberculeuses. Jamais aucune trace de toux ni de rhume n'a été observée chez ce malade, même à l'époque où s'exerçait l'influence de la cachexie tuberculeuse, même à l'époque où l'on ne peut douter que des tubercules existaient dans les poumons; preuve qu'une phthisie pulmonaire peut être effectuée, même dans son élément local, sans qu'il y ait ni rhumes ni toux. L'appareil génito-urinaire est, de tous les appareils de l'économie, celui sur lequel devaient s'exercer le plus directement les influences funestes sous lesquelles se plaçait le malade; aussi, est-il sans contredit celui qu'on a trouvé le plus profondément altéré au moment de l'autopsie. L'altération des reins était de nature tuberculeuse. Il faut que les influences sous lesquelles cette formation tuberculeuse a pris naissance aient eu une action bien puis-

sante et bien spéciale, pour déterminer ainsi une sécrétion morbide d'une nature si particulière, chez un individu qui en était si éloigné par sa constitution et ses conditions d'hérédité, et sur un organe où cette production morbide ne se montre qu'assez rarement. Il faut que la sécrétion tuberculeuse ait une tendance bien prononcée à s'établir sur le poumon, pour que cet organe en soit devenu le siége sans qu'aucune excitation locale y ait appelé le travail de tuberculisation (1); à moins, toutefois, qu'on ne veuille considérer comme capable de cette influence, l'état de trouble respiratoire qui accompagne ordinairement l'acte du coït. Enfin, faisons observer que le système digestif qui, dans aucun temps de la vie du malade, n'a été le siége d'aucune excitation directe, sur la fonction duquel aucune atteinte immédiate n'a porté, ne nous a présenté à l'autopsie aucune trace de tuberculisation, tandis que nous l'avons vu être infiltré de tubercules, au même degré que les poumons, chez des malades qui comptaient une alimentation malsaine parmi les conditions antihygiéniques sous l'influence desquelles était née leur cachexie tuberculeuse. L'altération de la moelle et de ses membranes, examinée avec beaucoup de soin, n'a rien présenté qui puisse faire penser qu'elle était de nature tuberculeuse.

(1) Il est présumable que des tubercules existaient déjà dans les poumons, quand sont survenus les points de côté que le malade a ressentis un an avant sa mort.

CHAPITRE VII.

SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DU SYSTÈME RESPIRATOIRE.

—

Je passerai successivement en revue dans ce chapitre, les signes recueillis par l'auscultation, la percussion, l'acouophonie, la palpation, l'inspection, l'examen des crachats, les sensations éprouvées par le malade dans l'intérieur de la poitrine; puis j'examinerai en quoi le siége et l'étendue des phénomènes locaux peuvent servir au diagnostic de la première période de la phthisie; je terminerai par un résumé général sur la valeur des signes physiques.

ARTICLE PREMIER.

SIGNES FOURNIS PAR L'AUSCULTATION.

On se rappelle les principes d'auscultation que j'ai développés dans la première partie de cet ouvrage : la plupart des signes de la première période de la phthisie pulmonaire recueillis par l'auscultation, sont une conséquence de l'application de ces principes.

§ 1er. Auscultation de la respiration.

1° *Modifications subies par le bruit inspiratoire.*

Dans la première période de la phthisie pulmonaire, les modifications subies par le bruit inspiratoire sont :

Une augmentation d'intensité, par laquelle ce bruit s'élève du chiffre 10 aux chiffres 12, 15 ou 18. Cette augmentation est assez constante. Elle croît dans un rapport assez exactement proportionnel à l'altération physique de l'organe. Plus tard,

elle se confond avec les altérations de timbre qui envahissent ce temps de la respiration.

Une diminution de durée, qui a lieu en même temps que l'augmentation d'intensité, mais qui est moins constante et moins prononcée. Elle abaisse le bruit inspiratoire, du chiffre 10 aux chiffres 8, 7, ou même 6 et 5, fort rarement au-dessous.

Il arrive assez souvent que l'intensité et la durée du bruit inspiratoire n'ont pas subi de modification appréciable; alors ce bruit conserve son chiffre normal et le bruit expiratoire est à peu près seul altéré.

Il n'en est pas de même des altérations qui portent sur le caractère doux, sec et humide; toujours, en effet, dans la première période de la phthisie pulmonaire, le bruit inspiratoire est entendu sec, dur, rude, comme difficile dans sa production. L'impression que l'oreille en reçoit est toute particulière. Si l'on ausculte, de bas en haut, la partie antérieure de la poitrine, chez un malade atteint d'un commencement de phthisie dans les sommets des poumons, on est frappé du passage successif du caractère doux, facile, moelleux du bruit inspiratoire, au caractère de rudesse, de sécheresse, d'âpreté qu'il présente vers les sommets. Ce caractère augmente sensiblement à mesure que s'accroît l'infiltration tuberculeuse du poumon. On ne peut plus le percevoir quand les altérations de timbre ont envahi le bruit inspiratoire.

Ces altérations de timbre sont liées d'une manière trop intime aux altérations de même nature que présente l'expiration pour que je puisse les séparer; plus bas, je vais réunir leur description dans un même tableau.

2° *Modifications subies par le bruit expiratoire.*

Le bruit expiratoire présente constamment, dans la première période de la phthisie pulmonaire, une augmentation

qui porte à la fois sur son intensité et sur sa durée; augmentation qui peut élever ce bruit du chiffre 2 au chiffre 20. Cette augmentation se fait par degrés successifs, 4, 6, 8, 10, etc.; les chiffres qui l'expriment sont ordinairement une mesure assez exacte des progrès de l'affection. Il existe en effet, d'après mes recherches, entre les conditions physiques dans lesquelles l'organe se constitue successivement, et les signes d'auscultation qu'il présente, un rapport en général assez exact pour qu'on puisse prendre indifféremment le premier ou le second de ces deux termes de la question, comme mesure de l'autre. La loi qui régit l'augmentation de durée et d'intensité du bruit expiratoire, loi que je viens d'exprimer, est une des plus constantes que m'ait présentées l'étude des phénomènes sonores morbides. Cette augmentation n'est point soumise, comme certaines autres modifications des bruits normaux, à des temps de disparition; elle est continue et régulière dans sa marche ascendante; il est rare qu'elle ne porte pas à la fois et régulièrement sur l'intensité et sur la durée du bruit expiratoire; quelquefois cependant elle porte peu sur l'intensité, beaucoup plus sur la durée de ce bruit. Cette circonstance pourrait induire en erreur, si l'on n'avait bien pris l'habitude de distinguer toujours, dans le bruit que l'on analyse, la durée de l'intensité. Dans le cas exceptionnel dont je parle, le bruit expiratoire reste assez faible, mais l'oreille distingue très bien qu'il est plus prolongé que dans l'état normal. Lors même que le caractère bronchique est venu se joindre à l'expiration, on reconnaît encore que le bruit nouveau qui en résulte a plus de développement que s'il eût été envahi par l'altération de timbre, sans augmentation préalable de son intensité et de sa durée. Il ne faut pas oublier toutefois, que ces altérations de timbre, en se réunissant à un bruit quelconque, ont pour effet de le faire paraître un peu augmenté d'intensité et de

durée, que dès-lors l'appréciation de ces deux caractères doit, pour être exacte, se faire avant le moment où les bruits de l'inspiration ou de l'expiration sont envahis par les altérations de timbre.

Le caractère de rudesse, de difficulté, de sécheresse, appartient au bruit expiratoire comme au bruit de l'inspiration. Il est en général d'autant plus sensible que l'augmentation du bruit expiratoire est plus marquée. Il devient inappréciable quand les altérations de timbre sont venues s'emparer de ce bruit.

Les altérations de timbre sont d'une très grande importance dans le diagnostic de la première période de la phthisie. Quoique apparaissant à une époque un peu plus éloignée du début que les signes précédents, elles se montrent encore assez tôt pour que le diagnostic qu'elles autorisent puisse influer beaucoup sur le moment d'application de la thérapeutique et par conséquent sur la marche de la maladie. Ces altérations sont régies par des lois constantes, applicables à tous les malades et à toutes les formes de la phthisie. Elles sont assez distinctes, assez nettes, pour que leur appréciation soit facile pour toute personne un peu exercée à l'auscultation.

Les altérations de *timbre* des bruits respiratoires, à partir du moment de leur apparition jusqu'à celui où elles ont atteint leur maximum d'intensité, passent par des degrés successifs qui expriment très bien la marche croissante de la maladie. Elles consistent d'abord seulement en un souffle un peu plus *clair* que le souffle naturel de l'inspiration ou de l'expiration; elles passent de là au timbre *résonnant*, puis *soufflant*, puis *bronchique*. Ce caractère bronchique existe d'abord à un *premier* degré, puis passe aux *deuxième* et *troisième degrés*, devient enfin caractère *caverneux* ou *amphorique*, suivant l'étendue de la cavité qui s'est creusée au sein du tissu pulmonaire. Telles sont les dégradations successives que

peut subir dans le cours de la phthisie le timbre des bruits inspiratoire et expiratoire. Arrivées au caractère bronchique, ces altérations de timbre appartiennent encore à la première période de la phthisie ; au-delà de ce degré, elles appartiennent aux périodes subséquentes. Ce n'est pas que, lors de l'absence des caractères caverneux et amphorique, on doive conclure nécessairement à la non-existence de cavernes ; car, il arrive quelquefois que, dans certaines dispositions anatomiques des parties malades, le caractère bronchique au deuxième ou au troisième degré qui se passe dans une partie rapprochée de l'oreille obscurcit ou même efface tout-à-fait le caractère caverneux à un faible degré qui se produit dans les parties centrales du poumon.

Les modifications subies par le timbre des bruits respiratoires ont pour caractère absolument constant d'apparaître d'abord à l'expiration, et de ne s'étendre que plus tard à l'inspiration. Ainsi, pendant une certaine époque de la première période de la phthisie pulmonaire, l'expiration présente seule des altérations de timbre ; ce n'est qu'à une époque subséquente que les mêmes modifications apparaissent aussi à l'inspiration. On a, dans cette circonstance, un moyen sûr de juger les progrès de l'affection. On peut même aller plus loin dans ce jugement porté sur la marche de la maladie : par une loi tout aussi constante que la précédente, les altérations de timbre conservent dans l'expiration un développement plus considérable que dans l'inspiration, tant qu'on est aux premiers degrés de l'échelle de leurs dégradations ; puis, elles perdent successivement cette prééminence dans l'expiration, à mesure que se développent les derniers degrés de cette échelle. C'est ainsi que le souffle clair, les timbres résonnant et soufflant, et le caractère bronchique à ses divers degrés, se montrent toujours plus marqués dans l'expiration que dans l'inspiration. C'est ainsi que déjà on entend du timbre soufflant et

du caractère bronchique pendant le premier de ces deux bruits, alors que le souffle clair et le timbre résonnant ont à peine apparu dans le second; tandis que, à mesure que se développent les dernières périodes de la phthisie pulmonaire, on voit l'inspiration et l'expiration être envahies, de plus en plus également, par les caractères caverneux et amphorique.

Les altérations de timbre qui apparaissent successivement dans le cours de la phthisie ne sont donc pas autant de bruits morbides d'une nature particulière, que l'on doive isoler les uns des autres; ce sont autant d'anneaux d'une même chaîne, qui se développent dans un ordre toujours le même, que tout le monde peut facilement observer depuis le premier jusqu'au dernier, et dont la valeur diagnostique, restant la même quant au fond, ne varie que pour la forme et pour le degré. Considérée isolément, chacune de ces altérations de timbre a la valeur que nous venons d'indiquer; mais elles tirent de leur liaison entre elles, de la loi commune qui régit leur développement successif, une valeur telle, que l'existence bien constatée de l'une de ces altérations peut faire juger le point où l'on en est de la marche de la maladie, et faire prévoir la série de phénomènes qui doivent encore se développer avant qu'on arrive au terme de cette marche. Le rapport intime qui réunit chacun de ces degrés d'altérations de timbre à telles conditions anatomiques données, fait qu'on a, dans chacun d'eux, autant de jalons qui indiquent, avec une exactitude beaucoup plus grande qu'on n'est en général disposé à le croire, le point de la route auquel on est arrivé, ce qu'on en a parcouru et ce qui reste à parcourir. On peut régler là-dessus les moyens thérapeutiques que l'on met en usage. Telle est la règle générale. On ne manquera pas d'en constater l'exactitude chez le plus grand nombre des malades; plus loin, nous verrons les variétés et les exceptions. En général, on a quelque

tendance à négliger, dans l'auscultation de la respiration, les caractères doux ou rude, sec ou humide, facile ou difficile; c'est un tort, car ces caractères tirent de leur réunion aux caractères précédents une valeur qui n'est point à négliger.

Les signes d'auscultation que je viens de passer en revue, à propos des bruits respiratoires, sont presque toujours réunis ensemble. Cette réunion est même ce qui fait leur plus grande valeur; car ils peuvent se montrer dans beaucoup d'autres maladies, mais non pas dans ce même ordre et dans cet ensemble. D'après la loi qui régit leur développement dans le cours de la phthisie, ils doivent coexister les uns avec les autres; si bien, qu'on devrait concevoir du doute sur leur rapport avec la tuberculisation des poumons, si, au lieu d'offrir un tableau complet, ils se trouvaient désunis.

Faisant un retour rapide sur les modifications subies par les bruits de la respiration dans la première période de la phthisie pulmonaire, nous voyons que les modifications du bruit expiratoire sont beaucoup plus importantes pour le diagnostic de cette affection que celles du bruit inspiratoire, et que surtout elles offrent l'avantage de se rapporter à une époque beaucoup plus rapprochée du début. Les modifications de durée et d'intensité des bruits respiratoires appartiennent à une époque de la phthisie antécédente à l'époque que représentent les altérations du caractère doux, facile, moelleux, et les altérations de timbre; les altérations de durée et d'intensité de l'expiration, les altérations de timbre des deux bruits, ont une valeur diagnostique beaucoup plus grande que les modifications de l'inspiration et que le caractère sec, dur et difficile des deux bruits. Les altérations de timbre forment une chaîne continue, qui se déploie successivement et embrasse dans son étendue la plus grande partie de la durée de la phthisie pulmonaire. Le caractère dur, rude, sec, appartient surtout aux premières époques de la phthisie; car

il cesse d'être appréciable aussitôt que les altérations de timbre ont envahi les bruits respiratoires.

Tel est l'ensemble des signes que fournit l'auscultation de la respiration chez les phthisiques au premier degré. Tels sont les caractères particuliers et la marche qu'une longue observation m'a permis d'assigner à chacun de ces signes. Depuis quatre ans, je n'ai cessé d'avoir continuellement sous les yeux ces mêmes phénomènes, sous toutes les formes qu'ils peuvent revêtir. Dans chaque nouvelle observation que je prenais et que je prends encore chaque jour, mon principe est de noter le phénomène tel que je l'observe, tel qu'il est perçu par mes sens, indépendamment des descriptions que j'en ai déjà faites antécédemment; or, ces descriptions se ressemblent toutes entre elles, et constatent la presque invariabilité de la marche et des caractères généraux que je viens de tracer. Je n'y ai rencontré que de fort rares exceptions. Ces réflexions s'appliquent à peu près également à tous les signes exposés dans ce chapitre; si je les place à la suite des signes fournis par les bruits respiratoires, c'est à cause de l'importance de ces derniers signes et de l'incertitude que laissent dans l'esprit certaines descriptions, assez récemment publiées, qui se rapportent à cet ordre de signes; tandis que d'autres publications offrent, çà et là, des aperçus très justes, mais tout-à-fait isolés et incomplets, sur ces mêmes signes. Je ferai, avec quelques détails, l'examen critique des premières, parce qu'il importe de bien établir les véritables caractères et la juste valeur des signes fournis par la respiration dans la première période de la phthisie. Les secondes ne nous intéressent que comme historiques; et je chercherai seulement, par quelques citations, à faire voir que, le premier but de mes travaux étant de faire quelque chose d'utile pour la science et pour la pratique, je me félicite que d'autres observateurs aient vu et constaté

les faits que j'ai vus et constatés de mon côté. Loin de désirer avoir vu seul une chose de quelque importance, on doit, ce me semble, être bien aise que d'autres l'aient vue aussi : le caractère de plus grande certitude qu'acquiert par là le fait observé, augmente le prix du travail qu'on y a consacré, et est une satisfaction de plus pour l'observateur qui cherche d'abord à se rendre utile.

En février et mars 1832, M. Landré-Beauvais disait, dans la Revue médicale, que l'auscultation de la respiration, dans la première période de la phthisie pulmonaire, faisait constater de la part du poumon un *défaut de perméabilité à l'air* ; il ajoutait que cette sensation reçue par l'observateur pouvait mettre sur la voie du diagnostic de cette première période. Sous cette indication vague de *défaut de perméabilité à l'air*, on reconnaît le caractère que j'ai décrit sous le nom de diminution du bruit inspiratoire.

A la page 182 de ses recherches sur la phthisie, M. Louis dit : « Si l'on pratiquait l'auscultation chez les malades qui en étaient encore à la première période de la phthisie, le bruit respiratoire ne paraissait pas altéré, du moins le plus souvent, surtout quand il n'y avait que des granulations grises. Mais chez quelques malades, la respiration était *faible*, sous l'une ou l'autre des clavicules. » Cette expression, *respiration faible*, se rapporte également, comme on le voit, à l'altération de diminution de l'inspiration. Mais il n'est pas question ici, non plus que dans l'article de M. Landré-Beauvais, des altérations de l'expiration.

Jakson de Boston avait fort bien remarqué l'augmentation de l'expiration dans la première période de la phthisie. Voilà ce qu'il dit dans un passage traduit par MM. Delaberge et Monneret (1) : « Alors le bruit de l'expiration devient de plus en plus distinct et superficiel, au point de ressembler

(1) Jakson de Boston, juillet 1835 ; traduction dans le Compendium de médecine pratique, t. 1, p. 470.

à une seconde inspiration, et souvent encore au point de dépasser en intensité le murmure qui accompagne le mouvement inspirateur, qu'il finit même par masquer entièrement. Sans un examen exact et comparatif, on pourrait facilement se méprendre sur l'origine de ce phénomène, et le rattacher par erreur à l'inspiration. Ce qui donne à ce signe une valeur très grande, c'est qu'il précède tout autre symptôme annonçant la dégénérescence à son début. Il conduit à reconnaître l'induration du poumon, lorsque la percussion et les phénomènes qui se rattachent à l'inspiration ne fournissent aucune donnée. »

Dans plusieurs parties de ses ouvrages, et surtout dans la 4e édition de l'Auscultation, M. Andral a consigné sur les modifications subies par les bruits respiratoires, dans la première période de la phthisie, diverses observations qui confirment quelques-uns des faits particuliers et des faits généraux que j'ai établis, soit dans la première partie de cet ouvrage, soit dans l'article qu'on vient de lire.

M. Clark, dans son Traité de la consomption, page 34 et suivantes, dit que la respiration est *moins pure et moins facile* sous les clavicules, quand le son fourni par la percussion a diminué sensiblement de clarté ; et que, dans les cas d'infiltration tuberculeuse considérable, un certain degré de *souffle puéril* s'y fait entendre. On reconnaît dans ces expressions les altérations du caractère doux, facile, et les altérations de timbre que j'ai décrites précédemment ; seulement on voit que ces altérations n'ont pas été saisies par cet observateur dans les premières apparitions, et qu'elles ont été rapportées par lui à une époque de la première période de la phthisie plus avancée que celle dont elles peuvent faire reconnaître l'existence.

Dans leur article Auscultation (1), publié en juin 1837,

(1) Compendium de médecine pratique, t. 1, p. 469.

MM. Delaberge et Monneret signalent l'augmentation d'intensité que doit présenter le bruit de la respiration, vis-à-vis le sommet d'un poumon dont les parties centrales sont infiltrées de tubercules. En effet, lorsque la partie centrale seulement du sommet du poumon est occupée par des tubercules, les couches excentriques deviennent le siége d'une respiration exagérée, qui est souvent alors le seul signe recueilli par l'auscultation. J'ai vu souvent des hommes assez exercés à l'auscultation, mais non habitués à analyser les caractères que présente la respiration dans la première période de la phthisie, prendre pour une respiration parfaitement pure la respiration exagérée dont je viens de parler, et pour des poumons parfaitement sains ceux au niveau desquels ces caractères de respiration étaient entendus. On s'est beaucoup exercé, en général, à reconnaître les caractères morbides grossiers de la respiration, et fort peu à découvrir les nuances délicates de ces altérations; cependant ce sont celles auxquelles on devrait le plus s'exercer, parce que ce sont celles qui exigent le plus d'habitude et qui permettent de découvrir les affections aux premières époques de leur développement.

M. Hirtz (1) a aussi fort bien remarqué la circonstance d'erreur dont je viens de parler, et il dit avec raison, à ce propos: « qu'un bruit respiratoire généralemeut faible et obscur est une chose favorable et indique une bonne organisation du poumon. » Mais, pour que cette proposition soit vraie, il faut que *les bruits respiratoires* faibles et obscurs (et non pas *le bruit respiratoire*) soient entendus également dans toute l'étendue de la poitrine; car la conséquence serait opposée, si ce caractère de respiration n'existait que dans le sommet de la poitrine. J'ai déjà dit, dans la première partie de cet ouvrage, en exposant les caractères physiologiques des bruits respiratoires, que les hommes à constitution forte et

(1) Thèse inaugurale de Strasbourg, 17 août 1836, p. 20.

musculeuse, à poitrine large, à tempérament sanguin, à santé robuste, offrent, en général, des bruits respiratoires normaux plus faibles et plus obscurs, que les personnes qui se rapprochent des conditions d'organisation qui prédisposent les poumons à devenir le siége d'affections chroniques.

Je regrette infiniment que M. Hirtz, dans ses études d'auscultation, ait laissé entièrement de côté tout ce qui se rapporte à l'expiration. Il est un des observateurs modernes qui ont le mieux senti la nécessité, que j'exprimais tout-à-l'heure, de s'adresser aux nuances délicates des phénomènes, pour remonter au début des altérations; et avec un pareil principe, il n'eût pas manqué d'arriver au même résultat que m'ont fourni mes recherches; il aurait ainsi évité diverses inexactitudes qui se rattachent nécessairement à la considération d'un seul bruit dans la respiration, et son témoignage eût été pour moi un nouveau motif de confiance dans mes résultats. Je regrette de même qu'il n'ait pas analysé dans le son ses qualités primitives et principales, ainsi que j'ai cherché à le faire; il aurait reconnu que le signe qu'il a décrit sous le nom de *bruit respiratoire râpeux* n'est autre chose qu'un composé *variable* de plusieurs des signes que j'ai décrits comme modifications de quelques-unes des qualités primitives du son. Il aurait vu que, ces modifications de qualités pouvant exister ou ne pas exister, et cela ensemble ou séparément, l'être collectif qu'une analyse incomplète lui faisait créer, ressemblait alors à une sorte de *Protée*, variable dans ses formes et dans son existence suivant le nombre des éléments qui le composent, peu propre, dès-lors, à servir de signe diagnostique, surtout dans la première période de la phthisie pulmonaire. La chose ayant de l'importance, je ne craindrai pas de consacrer quelques lignes à mettre les faits en évidence.

M. Hirtz (1) assigne les caractères suivants à son *bruit*

(1) Thèse inaugurale, p. 19.

respiratoire râpeux : « Bruit rude, beaucoup plus clair qu'à l'état normal, qui semble faire vibrer les cellules pulmonaires, qui se rapproche par sa clarté de la respiration puérile, mais qui en diffère essentiellement par deux circonstances: premièrement, il est beaucoup plus rude, et en second lieu, il se passe évidemment dans un nombre plus petit de vésicules. » L'expression de *bruit rude* se rapporte à ce que j'ai décrit sous le nom d'altération du caractère doux, moelleux; celle de *bruit clair* désigne ce que j'ai indiqué sous le nom d'altérations de timbre; enfin ces paroles, *donne la sensation de se passer dans un nombre plus petit de vésicules*, rappellent ce que j'ai dit de la diminution de la durée, et, dans quelques cas rares, de l'intensité du bruit inspiratoire. Il n'est pas du tout question, comme on le voit, du bruit expiratoire; partout M. Hirtz se sert de cette expression, *bruit respiratoire*. Ainsi, nous voyons jusque là trois phénomènes distincts confondus sous le nom collectif de *bruit râpeux*; et remarquons que de ces trois phénomènes il en est un, le *timbre clair*, qui ne se manifeste que quelque temps après l'apparition des deux autres, c'est-à-dire après la diminution de la durée de l'inspiration et après le caractère dur; mais, puisque le bruit râpeux n'existe qu'à la condition de réunir ces trois caractères, il en résulte qu'il est inappréciable tant que le timbre clair n'est pas apparu, et dès-lors qu'il n'est point applicable au diagnostic de la tuberculisation des poumons avant l'apparition des altérations de timbre, c'est-à-dire qu'il n'est point applicable au diagnostic du commencement de la phthisie. La préexistence des altérations de timbre à l'expiration avant qu'elles n'atteignent l'inspiration, et l'oubli dans lequel M. Hirtz a laissé l'analyse du bruit expiratoire, reculent encore beaucoup le moment où son bruit râpeux serait applicable à ce diagnostic.

Un peu plus loin (1), M. Hirtz dit: « A mesure que la ma-

(1) Page 21.

ladie avance, le bruit gagne en étendue et en intensité; des clavicules il s'étend au reste de la poitrine; cependant, vers la base, il est ordinairement très peu prononcé et souvent nul; il acquiert alors, à mesure que la maladie avance, une rudesse remarquable, procure à l'oreille une vibration souvent désagréable, et le frottement devient quelquefois si bruyant, qu'il peut masquer le souffle et le râle caverneux, et faire méconnaître l'existence des excavations. » En lisant le commencement de ce passage, on ne peut se défendre de l'idée que M. Hirtz, cette fois, ait fait rentrer dans son bruit râpeux les râles que j'ai décrits sous les noms de craquement sec et de craquement humide; peut-être aussi, et probablement, le caractère bronchique à un degré très élevé; car il dit qu'à cette époque le bruit râpeux peut être confondu avec les souffles bronchique' et caverneux. Un peu plus loin, quand il dit, en se servant des expressions de *frottement* et de *vibration désagréable à l'oreille*, que son bruit râpeux s'étend des clavicules au reste de la poitrine, je suis tenté de croire, malgré toute mon estime pour le talent d'auscultation de M. Hirtz, qu'il a pris ici pour un bruit spécial, pathognomonique, comme il l'appelle à la page 22, les simples râles sonores sibilants, à tons si divers, qui viennent souvent, à cette époque, se joindre aux autres signes de la phthisie, et masquer en effet quelquefois les souffles bronchique et caverneux. Plusieurs raisons portent à le penser: à la page 22, il dit que le bruit râpeux augmente d'intensité en raison directe des progrès de la maladie. Il s'appuie sur l'observation 3, dans laquelle il est dit: « Sous la clavicule gauche, nous perçûmes un râle et un souffle caverneux des plus prononcés, ainsi qu'une pectoriloquie tellement intense qu'elle résonnait désagréablement à l'oreille; *le bruit râpeux était devenu très éclatant, et masquait souvent le souffle caverneux.* » On sait qu'à l'époque où la matière tuberculeuse s'écoule par les bronches, elle pro-

voque sur son passage du gonflement et de la rougeur sur la muqueuse bronchique, et que souvent alors des râles sonores et sibilants sont entendus dans la poitrine, surtout vers le sommet de cette cavité; or, les observations sur lesquelles s'appuie M. Hirtz (Voyez les autopsies des observations 3 et 5 citées par cet auteur) représentent précisément ces conditions : cavernes étendues, gonflement et rougeur de la muqueuse bronchique. Ajoutez à cela les modifications que l'état anatomique offert alors par les poumons peut imprimer aux râles bronchiques, et on comprendra très bien que l'erreur de M. Hirtz puisse venir de la cause que j'indique. Les auteurs du Compendium de médecine pratique ont expliqué de même le bruit râpeux décrit par M. Hirtz : « Le râle sibilant, disent-ils (1), survient fréquemment au début de la bronchite aiguë, par suite de la tuméfaction que subit la muqueuse bronchique ; il s'associe alors à un phénomène singulier qui dépend de la même cause, et a d'ailleurs avec lui la plus grande analogie : nous voulons parler de la *respiration râpeuse.* » En décrivant le bruit de froissement pulmonaire (voyez 1re partie, chap. XI, art. 9), j'ai dit que ce bruit pouvait se montrer à un haut degré dans certains cas de cavernes, et j'ai cité à l'appui l'observation d'une malade qui portait dans le sommet du poumon gauche une vaste caverne, au niveau de laquelle on avait entendu pendant la vie, d'une manière à peu près constante, un bruit très fort, semblable à celui qui résulterait du froissement d'une lame épaisse de cuir. L'autopsie nous prouva que, en effet, tel paraissait être le mécanisme de production de ce bruit; l'une des parois de la caverne était formée par une lame épaisse, dense, que repoussait et attirait alternativement l'air de l'inspiration et de l'expiration. Ce que dit M. Hirtz de son bruit râpeux, à son

(1) Compendium de médecine pratique, t. 1, p. 483.

summum d'intensité, à la fin du paragraphe cité précédemment, laisse encore supposer que, quelquefois au moins, il aura pu décrire sous ce nom le bruit de froissement pulmonaire : cette pensée est d'autant plus admissible, que le plus haut degré du bruit râpeux de M. Hirtz se rapporte précisément aux cas de vastes cavernes dans les sommets des poumons. Ce qu'il y a de bien sûr, c'est qu'à l'exception de quelques-uns des bruits que je viens de passer en revue, ou d'une certaine combinaison de ces bruits entre eux, il n'en existe aucun, dans le cours de la phthisie, auquel puisse s'appliquer la description que M. Hirtz fait de son bruit râpeux.

Il résulte de cette discussion, que M. Hirtz a décrit sous le nom de bruit râpeux un phénomène essentiellement complexe, extrêmement variable dans ses formes, à cause de la variété des éléments qui peuvent concourir à le former; phénomène qui, dans les premières époques de la phthisie, comprend et confond entre elles les altérations de timbre, du caractère doux, et de la durée du bruit inspiratoire; qui, dans les dernières périodes, plus variable encore dans son intensité, dans ses formes, dans son existence et dans son siége, se rapporte vaguement au craquement humide, aux râles sonores et sibilants, ou bien au bruit de froissement qui se produit au niveau des vastes cavernes pulmonaires. Si, pour rentrer dans notre sujet, nous nous bornons à considérer le bruit respiratoire râpeux sous le point de vue du diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, nous voyons qu'il y a désavantage sensible à réunir ainsi, sous un nom collectif, des signes essentiellement différents les uns des autres, qui, loin de pouvoir être réunis, sont naturellement et forcément séparés par leur valeur propre et par le moment de leur apparition. Le signe collectif ferait souvent éprouver du doute et toujours du retard dans le diagnostic : du doute, à cause de la com-

binaison souvent imparfaite de ses éléments primitifs; du retard, à cause de l'impossibilité où l'on serait de le reconnaître et de l'appliquer avant l'apparition des altérations de timbre. L'analyse isolée des modifications des bruits respiratoires, telle que je l'ai présentée, est exempte de ces inconvénients.

A la page 21, M. Hirtz pense que « c'est pour avoir méconnu son bruit *râpeux*, ou bien par une erreur d'*a priori*, que l'on a dit que des tubercules agglomérés pouvaient donner lieu au souffle bronchique. « Je puis affirmer, dit-il, avoir vu bon nombre de poumons tuberculisés au plus haut degré sur des individus chez lesquels je n'avais pas une seule fois perçu le souffle bronchique. » Si, par souffle bronchique, M. Hirtz entend le degré le plus élevé du caractère bronchique, il a raison en général, quoiqu'il y ait des cas où de grandes masses de tubercules occupant toute l'épaisseur d'une partie des poumons, produisent le souffle bronchique à son plus haut degré; mais si, par ce mot *souffle bronchique*, il entend seulement le caractère bronchique considéré à ses divers degrés et d'une manière générale, il est évident qu'il fait erreur, et cela précisément aux yeux des personnes qu'il invoque comme ayant des oreilles exercées. L'observation la plus vulgaire constate, dans les circonstances ordinaires, comme toujours lié à l'existence d'agglomérations tuberculeuses, le caractère bronchique à ses divers degrés, depuis ce que j'ai appelé *timbre clair* jusqu'au caractère bronchique au deuxième degré bien marqué; c'est là un des faits de clinique les mieux établis de nos jours. Il n'est pas un seul des hommes éclairés sur cette matière et livrés aux études cliniques, qui n'ait constaté bien des fois ce rapport entre les altérations de timbre et les indurations tuberculeuses un peu considérables du poumon; je ne dis pas les altérations de timbre à leurs premiers degrés, parce qu'elles ne sont encore que peu

connues, mais bien celles que j'ai désignées sous le nom de caractère bronchique aux premier, deuxième et troisième degrés, c'est-à-dire celles dont parle M. Hirtz. Le fait est tellement irrécusable, que je crois inutile de citer des noms et des faits à l'appui. Ce qui, probablement, a causé l'erreur de M. Hirtz, c'est la présence de quelques râles sonores et sibilants qui auront masqué le caractère bronchique, c'est le bruit respiratoire des couches superficielles du poumon qui aura produit le même effet sur le caractère bronchique venant d'une partie profonde de l'organe; ce sont, en un mot, des circonstances exceptionnelles qu'il aura prises pour la règle générale. Et, en effet, l'observation 5, qu'il cite à l'appui de son assertion, offrait réunies les deux causes d'erreur que je suppose : *La toux était fréquente, l'oppression très prononcée, l'expectoration difficile et verdâtre, la muqueuse rouge et gonflée. Le son était très clair dans toute l'étendue des deux côtés de la poitrine, et l'auscultation donnait un bruit respiratoire beaucoup plus intense qu'à l'état normal.* D'ailleurs, le rapprochement que fait M. Hirtz entre l'anatomie pathologique et la symptomatologie, les conséquences qu'il en tire, ne sont pas suffisamment légitimées par l'exactitude des descriptions. Ainsi, dans la symptomatologie, il se sert seulement, à propos de la question qui s'agite, du mot *souffle*, en disant « pas de gargouillement, pas de pectoriloquie, pas de souffle » ; on ne sait ici quelle est la valeur précise du mot souffle : est-ce souffle caverneux? On peut le croire, quand on trouve ce mot placé à côté de ceux-ci, gargouillement, pectoriloquie.

Il fallait toute l'estime que j'ai pour les travaux de M. Hirtz, pour me faire entrer dans une aussi longue discussion sur quelques-uns de ses résultats d'auscultation. Il est une critique qui honore l'homme auquel elle s'adresse.

§ II. Auscultation des râles.

Ayant décrit ailleurs (1re partie, chap. II, art. 9 et 10) les râles de la première période de la phthisie pulmonaire, je ne dois en parler ici que pour indiquer leur valeur diagnostique, leur enchaînement entre eux et leur liaison avec ceux des périodes suivantes.

Ces râles sont : *le froissement pulmonaire*, *le craquement sec*, et *le craquement humide*. De même que les altérations de timbre, les râles de craquement sec et humide ne sont que les premiers anneaux d'une chaîne continue qui embrasse toutes les périodes de la phthisie pulmonaire ; ils sont des dégradations successives les uns des autres : le craquement sec ouvre la scène ; le craquement humide vient ensuite ; puis le râle muqueux à timbre métallique ou cavernuleux, puis enfin le râle caverneux ou de gargouillement. Je place en dehors de cette chaîne le bruit de froissement pulmonaire, parce qu'il ne m'a pas paru avoir de liaison bien directe avec les autres ; il disparaît quand s'écoule l'époque à laquelle il appartient, et rien ne paraît le continuer ; son apparition est ordinairement antécédente à celle du craquement sec ; sa marche est simple, sans dégradations, et de peu de durée. Si l'on prend *ab ovo* une phthisie pulmonaire, et qu'on la suive exactement dans toutes ses phases, le plus souvent on voit se développer successivement : le bruit de froissement pulmonaire, le râle de craquement sec, celui de craquement humide, le râle cavernuleux ou muqueux à timbre métallique, et le râle de gargouillement. Chacune de ces formes de râles correspond à un degré de plus en plus élevé des altérations anatomiques. Les tubercules sont encore à l'état cru tant que les râles précédents sont secs ; dès que le craquement humide apparaît d'une manière distincte, on est en droit de dire que le travail de ramollissement est commencé ; le râle cavernuleux

correspond à un commencement de cavernes. Telle est la marche générale des râles de la phthisie ; il est facile de la suivre chez les malades qui développent sous les yeux de l'observateur toutes les phases successives de la tuberculisation. Mais la série de ces râles n'est pas complète chez tous les malades : le râle ou bruit de froissement pulmonaire manque fort souvent, et le craquement sec paraît aussi manquer quelquefois. Cependant, je crois que, si ce dernier râle n'est pas constaté chez tous les phthisiques qui en sont à la première période de leur affection, cela dépend surtout de ce que l'auscultation n'est pas pratiquée avec assez de soin et assez souvent, ou bien de ce qu'on a laissé passer l'époque de l'apparition régulière de ce râle.

Le bruit de froissement pulmonaire est un signe beaucoup plus inconstant, moins fréquent et par conséquent de beaucoup moindre valeur que le râle de craquement sec. Par lui-même, il peut inspirer quelque doute, engager à faire un examen plus sérieux des autres phénomènes observés et de la marche de la maladie; mais sa valeur ne va pas jusqu'à établir une probabilité. Cette valeur ne pourrait lui venir que de sa coexistence avec d'autres signes, par exemple ceux que recueille l'auscultation des bruits respiratoires. Son absence ne peut exercer la moindre influence sur le jugement que l'on porte. En somme, considéré isolément, il n'a que fort peu de valeur; mais, réuni aux modifications d'intensité, de durée et du caractère doux, que nous avons décrites précédemment, il augmente la probabilité autorisée par ces modifications. Il offre surtout l'avantage d'augmenter cette probabilité précisément à l'époque où il est le plus difficile de l'établir, à l'époque où apparaissent les premiers signes sensibles de la phthisie. Le bruit de froissement pulmonaire a paru, en effet, dans nos observations, appartenir d'une manière toute spéciale

à l'époque du début de la phthisie, je veux dire de début pour l'observateur, celle dont il peut prendre connaissance par le secours de ses sens.

Le râle de craquement sec paraît appartenir à une époque de la première période de la phthisie un peu plus avancée que le bruit de froissement pulmonaire. Plus tard, les désordres anatomiques représentés par les dégradations successives de ce râle sont en rapport, comme je l'ai déjà dit, avec le degré d'humidité et le volume de leurs bulles.

La série de ces dégradations est quelquefois parcourue d'une manière fort rapide, d'autres fois fort lente, suivant la marche plus ou moins aiguë de la phthisie. C'est dans la phthisie chronique qu'on observe le mieux ces dégradations; parce que, dans ce cas, les conditions anatomiques du poumon restent assez long-temps les mêmes à chacune de leurs époques successives, pour que l'on ait le temps de bien observer les symptômes qui leur correspondent. Il est certains cas de phthisie aiguë dans lesquels l'infiltration tuberculeuse est tellement rapide, qu'elle a envahi toute l'épaisseur du poumon, et que le malade a succombé aux phénomènes généraux et aux accidents d'asphyxie avant que le travail de ramollissement ait commencé en aucun point. J'ai vu des phthisies ne pas offrir plus de 12 jours d'intervalle entre le moment du début des signes locaux et la mort du malade. Dans de pareils cas, c'est à peine si l'on entend quelques traces de craquement sec pour tout râle. Le caractère bronchique aux deuxième ou troisième degrés est même, le plus souvent, le seul bruit que l'on entende.

Dans la première période de la phthisie, on entend quelquefois des râles sonores et sibilants vers le sommet de la poitrine, ou dans tout autre point de l'étendue de cette cavité. Ces râles appartiennent à la bronchite qui complique quelquefois cette période. Ils n'ont aucun rapport

direct avec la tuberculisation des poumons. La bronchite qui les détermine est quelquefois, il est vrai, favorisée dans son développement par l'infiltration tuberculeuse, et en ce sens les râles sonores et sibilants ont un rapport indirect avec la phthisie. Leur fréquente apparition et leur localisation exclusive dans le sommet de la poitrine peuvent ainsi exciter le soupçon d'une phthisie, mais ce signe ne peut être que d'une bien faible valeur : en effet, une bronchite capable de produire d'une manière constante des râles sonores et sibilants dans les sommets des poumons, et placée elle-même sous l'influence d'une tuberculisation de ces organes, suppose l'infiltration d'un nombre considérable de tubercules; or, à ce degré de la tuberculisation, nous avons des signes d'une assez grande valeur, pour que la circonstance précédente ne puisse rien ajouter alors à la certitude du diagnostic.

En novembre 1836, M. Petrequin, de Lyon, écrivait dans la Gazette médicale un article dans lequel il exposait, à propos de l'emploi de la créosote, quelques signes de la phthisie. On trouve parmi ces signes l'indication de ce que j'ai décrit sous le nom de craquement. Mais cet auteur ne donnait dans cet article aucune description régulière de ce signe, qu'il ne faisait en quelque sorte qu'énoncer.

§ III. Auscultation de la voix.

Dans la première période de la phthisie pulmonaire, la voix présente deux sortes de caractères, les uns fournis par l'auscultation à distance, d'autres par l'auscultation médiate ou immédiate.

1° *Auscultation à distance.*

« Dès son premier degré, dit M. Landré-Beauvais (1), la phthisie altère sensiblement la voix. Un phthisique

(1) Séméiotique, 2e édit., page 321.

pourrait le plus souvent se reconnaître à la voix, qu'il a plus grave que ne le comporte sa force et son corps. » Ces paroles sont fort justes quant au fond, mais elles vont trop loin. Depuis que je fais des études sur la phthisie, j'ai recherché avec assez de soin les caractères morbides fournis par la voix auscultée à distance. Voilà quels sont mes résultats :

Les altérations de la voix ne sont pas liées d'une manière aussi intime qu'on serait disposé à le penser avec les rhumes éprouvés par les malades. Un assez grand nombre de malades nous ont affirmé n'avoir pas remarqué d'une manière sensible que leur voix fût altérée aux époques de leurs premiers rhumes. D'autres s'étaient bien aperçu que leur voix était moins forte et moins pure qu'avant, mais ces caractères morbides avaient été passagers; quelquefois même la voix, après avoir éprouvé quelques petites altérations, était redevenue à peu près normale, malgré la persistance des rhumes. Ces renseignements nous ont surtout été fournis par cette classe de malades dont les rhumes n'ont pas été très nombreux et n'ont pas persisté fort long-temps. Chez plus de la moitié de nos malades, les altérations de la voix avaient suivi d'une manière assez régulière la marche des rhumes, apparaissant avec eux et puis disparaissant, d'abord sans laisser de traces bien sensibles, reparaissant ensuite, se prolongeant plus long-temps, et laissant la voix très légèrement altérée. Puis, à une époque où les rhumes étaient devenus plus continus, ces altérations avaient pris plus d'intensité et de persistance, et la voix avait fini par conserver des caractères *qui n'étaient pas naturels*, et qui, successivement, s'étaient accrus avec le reste des symptômes de la phthisie. Tel est le renseignement que nous ont fourni les malades intelligents, capables de s'observer et de suivre pas à pas les progrès de leur affection. Un certain nombre d'entre eux faisaient dater de la même époque

que leurs premiers rhumes, ce quelque chose d'anormal qu'eux et leurs amis avaient remarqué dans leur voix, et qui, disaient-ils, n'avait jamais cessé depuis ce moment. Ces altérations de la voix avaient eu des périodes d'augmentation et de diminution, périodes d'augmentation qui, ordinairement, il est vrai, avaient été en rapport avec les rhumes nouveaux éprouvés par les malades, mais qui, fort souvent, avaient coïncidé avec le sentiment de plus ou moins de faiblesse, de malaise et d'oppression, qu'ils ressentaient dans la poitrine. Nous verrons que cette dernière circonstance s'accorde assez bien avec l'absence assez fréquente de lésions anatomiques du larynx capables d'expliquer ces altérations de la voix.

Ainsi, si nous considérons ces altérations de la voix dans leurs rapports avec les rhumes éprouvés par les malades, nous voyons qu'en général ce rapport existe, mais tantôt constant, tantôt inconstant; d'autant plus complet et plus régulier, que les rhumes eux-mêmes ont suivi d'une manière plus régulière la marche qui leur est propre dans la première période de la phthisie pulmonaire; quelquefois débutant avec eux pour ne plus cesser; d'autres fois, affectant d'abord une certaine indépendance, mais se rangeant ensuite sous la loi générale; partageant quelquefois leurs rapports avec les rhumes et avec les diverses sensations morbides de la poitrine éprouvées par les malades. Chez quelques sujets, malgré l'existence antécédente de rhumes assez nombreux, la voix n'offre d'autre altération sensible qu'un peu de faiblesse, qui correspond à la faiblesse générale de l'organisme.

Si l'on interroge dans le même sens des malades atteints d'emphysème, de catarrhe pulmonaire chronique, sans complication de tubercules, et qui ont éprouvé pendant leur vie un assez grand nombre de rhumes, on observe qu'ils n'ont pas remarqué, comme ceux qui sont phthisiques, les altérations que leur voix a subies, qu'ils s'en sont à peine

inquiété, tandis que les premiers, au bout d'un certain temps, en concevaient de l'inquiétude; enfin, qu'ils sont moins en état de fournir des renseignements à ce sujet. On observe, d'ailleurs, que ces altérations ont été beaucoup moins marquées, surtout moins faciles à se reproduire, et plus promptes à se dissiper chez les malades non phthisiques; enfin, que rarement elles ont persisté dans l'intervalle des rhumes. Si on compare les réponses obtenues de l'une et de l'autre part de malades intelligents, sur la nature de ces altérations de la voix, on reconnaît que l'altération la plus profonde, les changements les plus grands sont du côté des phthisiques. Cette circonstance augmente la valeur diagnostique des caractères morbides fournis par la voix dans la première période de la phthisie. Lorsqu'on rencontre, chez un individu qui déjà excite quelques soupçons de phthisie, les caractères morbides de la voix que je vais décrire, et que ces altérations de la voix ont suivi la marche que je viens de tracer, on a déjà de très fortes présomptions pour admettre l'existence de la phthisie. Ces caractères morbides portent à la fois sur le ton, le timbre, l'intensité de la voix et le sentiment de plus ou moins de difficulté dans son émission. Son ton est plus grave, son timbre est moins clair, elle est beaucoup plus faible, et le malade est en quelque sorte obligé de faire effort pour parler. Elle est comme voilée, sourde, pectorale, un peu semblable à la voix des ventriloques, ou bien encore à celle que l'on produit quand on veut parler haut en inspirant. Elle tient un peu du rauque, sans cependant offrir le caractère de raucité et d'enrouement qu'elle présente chez les personnes fortement enrhumées. L'espèce de difficulté que le malade éprouve à la produire lui communique un caractère assez particulier que l'on pourrait rendre par le mot de *voix étouffée*. D'ailleurs, on remarque dans l'expression faciale du malade, quand il parle, quelque chose qui traduit cette

sorte de difficulté, d'effort produit pour l'émission de la voix. Il y a, entre les caractères de la voix et le port général de l'individu qui parle, une sorte de contraste qui choque tout de suite l'observateur attentif et prévenu. On voit qu'il est assez difficile de trouver des expressions qui rendent parfaitement bien l'impression reçue; mais, si on se rappelle les caractères que je viens de tracer, et si on a eu une ou deux fois occasion de les appliquer, on verra que les mots dont je me suis servi, rappellent assez bien à la pensée l'altération dont je parle. Tels sont les caractères types de la voix chez un assez grand nombre de phthisiques au premier degré. Sous cette forme prononcée, ils suffisent souvent à faire porter un diagnostic qui se vérifie dans la suite; mais, en principe, on conçoit que ces caractères, pour avoir une aussi grande valeur diagnostique, doivent être accompagnés de certaines autres circonstances qui appuient l'impression et le jugement qu'ils provoquent. Ce moyen de diagnostic ne demande pas une grande habitude de la part de l'observateur qui veut en faire l'application. Il suffit que j'aie une fois appelé leur attention sur ces caractères morbides de la voix, pour que je voie ensuite les personnes qui suivent mes cours cliniques d'auscultation, reconnaître ces caractères aussitôt qu'un phthisique au premier degré vient à parler devant elles. Mais, ces modifications morbides de la voix ne sont pas toujours aussi prononcées, et alors leur valeur diminue en raison de la difficulté que l'on peut avoir à les rapporter à leur véritable nature. En général, elles augmentent d'évidence à mesure que la phthisie fait des progrès; et la voix, si particulière, des phthisiques au troisième degré, semble, à l'oreille qui a suivi toutes ces dégradations successives, n'être qu'une exagération considérable de la voix des phthisiques au premier degré. A cette première période, il arrive souvent que les malades se plaignent, à chaque parole un peu forte qu'ils prononcent, d'éprouver

un retentissement douloureux dans les deux côtés ou dans un seul côté de la poitrine. Aussi, quelques-uns d'entre eux ne mettent-ils, pour cette raison, que peu d'empressement à répondre aux questions qu'on leur adresse.

A tel ou tel degré, les modifications précédentes de la voix existent chez la moitié au moins des malades atteints de phthisie à la première période. Mais, par premier degré de la phthisie, je ne veux pas indiquer le moment où il n'y a que quelques petits tubercules infiltrés dans le poumon, mais bien la seconde phase de la première période, c'est-à-dire l'époque où l'infiltration tuberculeuse, quoique à l'état cru, est déjà assez considérable. D'ailleurs, il est impossible, ici peut-être plus qu'ailleurs, de fixer la limite des rapports entre le symptôme et l'altération physique du poumon; ce symptôme se manifeste quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, suivant la marche particulière de la phthisie.

On ne voit ces caractères manquer tout-à-fait que chez les malades dont la phthisie consiste seulement dans quelques tubercules fort lents à se développer, et chez ceux dont les rhumes ont été très rares et très légers. L'absence de ces caractères ne serait pas une preuve de la non-existence de tubercules dans les poumons, mais pourrait concourir à faire rejeter l'idée de leur présence; si ces caractères étaient douteux, ils ne devraient influencer ni pour ni contre.

J'ai eu occasion d'ouvrir des phthisiques morts accidentellement à la première période de leur affection, qui, de leur vivant, avaient présenté à un degré assez marqué les caractères morbides de la voix que je viens d'indiquer. J'ai été étonné de ne trouver dans leur larynx aucune lésion physique appréciable. J'ai de même examiné avec soin le larynx de phthisiques au troisième degré, qui avaient présenté à leur *summum* de développement ces caractères *de la voix grave et étouffée*, et il m'est arrivé plusieurs fois de ne trouver dans

le larynx, dans la trachée, autre chose qu'un peu de rougeur, sans gonflement, sans ulcération de la muqueuse. On est forcé de conclure de là que ces caractères morbides de la voix ne sont point nécessairement le résultat d'un changement physique du larynx, que tout au plus ont-ils quelque rapport avec les changements physiques survenus dans les poumons, et que, bien probablement, ils dépendent surtout des conditions nerveuses et dynamiques nouvelles dans lesquelles se trouvent placés le larynx et les poumons, par suite de l'affection tuberculeuse qui a envahi ces derniers organes. Une circonstance favorise cette opinion : c'est le rapport qui existe chez quelques malades entre les caractères morbides de leur voix portés à tel ou tel degré, et le degré des sensations morbides qu'ils éprouvent dans l'intérieur de la poitrine; c'est le sentiment de difficulté d'émission vocale qui accompagne ordinairement, comme je l'ai déjà dit, les autres caractères morbides de la voix. Mais, hors les cas particuliers dont il s'agit, nul doute que la voix de la plupart des phthisiques au troisième degré ne soit influencée par les ulcérations du larynx et par les cavernes des poumons.

2º *Auscultation médiate ou immédiate.*

Je me suis assuré plusieurs fois, par la comparaison de l'état anatomique avec l'état symptomatique, qu'il suffisait d'une différence de densité assez légère entre les deux sommets des poumons, pour entraîner une différence sensible dans la résonnance de la voix à travers ces parties. Il suit de là, que ce moyen de diagnostic est applicable à une période peu avancée de la phthisie, attendu que la tuberculisation n'est presque jamais au même degré dans les deux sommets des poumons. Plusieurs fois, l'observation consécutive a confirmé un diagnostic de première période de phthisie, qui avait eu en grande partie pour fondement la résonnance de la

voix un peu plus prononcée sous l'une que sous l'autre clavicule.

Lors même qu'il n'existerait pas de différence notable dans l'état de densité des deux sommets des poumons, non plus que dans la résonnance vocale des deux régions sous-claviculaires, on pourrait encore, avec l'habitude d'appréciation de la résonnance vocale dans l'état normal, juger d'une manière absolue l'augmentation de cette résonnance, et par suite, le changement survenu dans la densité des poumons. Ce jugement serait facilité par la comparaison de la résonnance vocale du sommet de la poitrine, avec la résonnance vocale naturelle du reste de l'étendue de cette cavité. On ne devrait pas oublier, dans cette comparaison, que le retentissement normal de la voix est un peu plus marqué sous les clavicules que dans le reste de la région thoracique antérieure. Lorsqu'il s'agit d'apprécier de petites différences, telles que celles qui se rapportent à la première période de la phthisie pulmonaire, il importe que l'auscultation comparative soit pratiquée exactement dans les mêmes points de l'un et de l'autre côté, et dans les mêmes conditions d'émission de la voix ; sans cette double précaution, on risquerait souvent de tomber dans l'erreur. Il m'a semblé que pour bien remplir cette dernière condition, il valait mieux engager le malade à compter jusqu'à 10 ou 15, d'une voix un peu haute et égale, que de le faire parler. Les intonations différentes qui accompagnent des paroles différentes, et par lesquelles instinctivement le malade concourt à l'expression vocale, nuisent à une exacte comparaison entre la résonnance vocale des deux côtés. Dans l'action de compter, cet inconvénient n'existe pas; la voix se produit plus uniforme pendant une même épreuve, et plus égale dans les deux épreuves que l'on compare. D'ailleurs, tous les malades savent compter, et le font dès qu'on le leur de-

mande, tandis qu'on est quelquefois embarrassé pour les faire parler d'une manière continue.

Il est certaines circonstances qui peuvent changer le rapport primitif entre le degré d'intensité de la résonnance vocale et le degré de l'infiltration tuberculeuse du poumon; tel est le cas où la tuberculisation occuperait exclusivement la partie centrale des sommets des poumons, tandis que les couches périphériques de ces organes, devenues un peu emphysémateuses ou même étant à l'état sain, seraient ordinairement le siége d'une respiration supplémentaire : alors, le son de la voix, incomplètement transmis à travers les couches périphériques du poumon, arriverait à l'oreille de l'observateur moins intense que dans son état primitif. Cette circonstance est d'un diagnostic assez difficile. Il faudrait, dans ce cas, recourir aux autres moyens de diagnostic. Concluons de là, que l'absence d'une différence bien sensible dans la résonnance vocale naturelle des sommets des poumons, tout en aidant à un jugement négatif sur l'existence d'une phthisie, ne serait pas une raison suffisante pour la rejeter d'une manière absolue.

L'application immédiate de l'oreille sur la région sous-claviculaire est assez facile, chez le plus grand nombre des malades soupçonnés de phthisie à la première période, pour que l'auscultation immédiate, que je crois préférable, puisse être employée, même dans cette région de la poitrine. A cette époque de la maladie, en effet, les malades conservent, en général, assez bien leur embonpoint naturel pour que l'application de l'oreille puisse être exacte, pour peu qu'on ait contracté l'habitude de la bien faire. Il en est de même, fort souvent, des régions sus-claviculaires. Mais on juge mieux les changements survenus dans la résonnance vocale lors de la première période de la phthisie, dans les régions sous-claviculaires que partout ailleurs. Si l'on se sert du stéthoscope, et qu'on l'applique sur les régions

sus-claviculaires, il faut, comme Laënnec le recommande avec raison (1), avoir la précaution de tenir le stéthoscope bien verticalement de haut en bas, et non pas dirigé de dehors en dedans; car alors, sa base appuyant un peu sur le col, recevrait directement le retentissement vocal de la trachée, et ce retentissement, presque pectoriloque, serait beaucoup plus considérable que celui qui eût été produit par le passage de la voix à travers le sommet induré du poumon. Le degré fort considérable de retentissement vocal que l'on obtiendrait dans ce cas serait, à cause même de son improbabilité, un moyen de reconnaître l'erreur qu'une inadvertance momentanée aurait pu causer.

Il y a plutôt à se défier de la pectoriloquie douteuse que de la bronchophonie, dans l'auscultation des régions thoraciques antérieures; car, pour peu qu'il y ait dans le sommet des poumons une induration tuberculeuse un peu considérable, le retentissement bronchophonique de la voix devient très marqué dans les régions sous-claviculaires. L'avantage reste donc ici au diagnostic de la première période comparé à celui de la seconde période.

Laënnec invite à se défier de la pectoriloquie douteuse que l'on perçoit dans les régions antérieures-supérieures de la poitrine, depuis la clavicule jusqu'à la troisième côte, et vis-à-vis l'articulation sterno-claviculaire, mais seulement, dit-il, quand le phénomène est très douteux et qu'il existe également des deux côtés (2). Laënnec fonde sa proposition sur ce que : « le sommet du lobe supérieur des poumons contient, proportion gardée, plus de rameaux bronchiques d'un certain diamètre que les autres parties de ces organes; et ces rameaux, quelquefois très superficiels, produisent souvent le phénomène dont il s'agit, qui n'est au fond que la bronchophonie. » Il est vrai que la résonnance vocale est un peu

(1) Auscultation médiate, 4e édit., 2e vol., p. 201.
(2) Ibid.

plus forte au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, et dans les régions sous-claviculaires, que dans le reste des régions antérieures de la poitrine; je l'ai déjà dit précédemment : il en résulte cette conséquence, que le retentissement anormal de la voix dans le sommet de la poitrine a une valeur diagnostique plus grande quand il est jugé tel sur une différence entre les deux sommets de la poitrine, que s'il est jugé tel seulement sur une différence *absolue* d'avec l'état normal, et s'il est égal dans les deux côtés. Cependant, quand on a acquis une grande habitude de l'état normal et de l'état morbide, on peut prononcer avec autant de sécurité sur une différence absolue que sur une différence relative, pourvu toutefois que cette différence ne soit pas trop légère. D'ailleurs, je ferai remarquer que le cas de beaucoup le plus commun est celui où il existe une différence entre le degré de densité des deux sommets des poumons, celui dès-lors où le jugement est porté sur une différence relative entre ces deux côtés.

Le retentissement bronchophonique de la voix augmente d'une manière assez régulière, et pour son intensité et pour l'étendue dans laquelle il se montre, avec les progrès de la tuberculisation; de sorte qu'il peut concourir utilement, avec plusieurs des moyens de diagnostic dont j'ai déjà parlé, à faire juger la marche ascendante ou stationnaire de la maladie.

En somme, le retentissement morbide de la voix à travers les portions malades des poumons peut aider beaucoup à reconnaître l'infiltration tuberculeuse de ces organes dès sa première période. L'absence de ce retentissement morbide serait une raison confirmative mais non absolue de la non-existence de tubercules pulmonaires.

§ IV. Auscultation de la toux.

De même que la voix, la toux fournit des caractères diagnostiques différents, suivant qu'elle est auscultée à dis-

tance, ou bien étudiée dans son retentissement à travers les parties malades des poumons.

1° *Auscultation à distance.*

La toux des phthisiques au premier degré est un phénomène très variable. On trouve des malades chez lesquels il n'en existe aucune trace ; mais on l'observe chez le plus grand nombre. Dans ce dernier cas, elle peut suivre ou précéder la formation des tubercules : elle peut suivre la marche des rhumes, ou se montrer indépendante de leur existence ; elle peut, dès l'apparition des premiers symptômes de la phthisie, offrir une marche à peu près continue, ou bien au contraire n'apparaître que de temps en temps, à propos de diverses excitations du système respiratoire. Toutes ces variations, et d'autres que je n'indique pas parce qu'elles sont inutiles à mon sujet, ont été notées par les auteurs. M Andral surtout les a parfaitement indiquées dans ses notes de la dernière édition de Laënnec (1). Je n'insiste pas sur ces variations dans les caractères et la marche de la toux des phthisiques, parce qu'il n'en peut résulter rien de positif pour le diagnostic de la première période de la phthisie. Il importe davantage à mon but de rechercher ce qu'il peut y avoir d'un peu général et d'un peu fixe dans ces caractères et dans cette marche ; là seulement nous pouvons trouver quelques données utiles au diagnostic que je recherche.

Chez un assez grand nombre de phthisiques à la première période, la toux paraît liée d'une manière assez intime à l'existence des rhumes. Elle en suit assez exactement la marche successivement croissante, soit qu'avec eux elle ait apparu avant tout autre signe local, soit qu'elle ait été postérieure à l'infiltration tuberculeuse, du moins autant qu'il est permis d'en juger. Cette toux est aux rhumes ce que l'ombre est au corps ; par conséquent, sa valeur diagnostique est celle que nous avons déjà attribuée à l'existence des rhumes. Les caractères et la marche de

(1) Auscultation médiate, édit. de M. Andral, vol. 2, pag. 226.

cette toux sont à peu près ceux de la toux qui accompagne ordinairement la bronchite simple : d'abord sèche et plus tard humide; un peu rauque, voilée, un peu quinteuse, produite avec effort, pectorale; s'accompagnant d'un retentissement thoracique assez pénible pour le malade; se montrant plus fréquente et plus fatigante la nuit, surtout si déjà il existe un peu de recrudescence fébrile et de sueur nocturnes; diminuant beaucoup ou bien disparaissant presque tout-à-fait dans le jour; s'accompagnant d'une expectoration nulle ou presque nulle d'abord, puis un peu glaireuse, ensuite muqueuse; cessant d'abord avec les premiers rhumes, puis leur survivant quelques jours, et enfin, s'établissant d'une manière à peu près continue dans les intervalles de plus en plus courts que les rhumes laissent entre eux; elle s'accompagne, dans ces intervalles, d'une expectoration qui d'abord est seulement salivaire, qui ensuite reste muqueuse, et s'entremêle de petites masses de matière catarrhale grisâtre ou blanchâtre; elle éprouve assez régulièrement des recrudescences à propos des changements brusques de température, principalement à l'époque des temps froids et humides; elle se renouvelle presque constamment vers la fin de l'automne pour rester plus prononcée pendant toute la saison d'hiver; quelquefois elle augmente aussi pendant les grandes chaleurs.

Mais il est une autre espèce de toux, qui se montre ordinairement fort peu de temps après l'apparition des premiers symptômes généraux qui marquent le début de la phthisie, et quelquefois conjointement avec eux. Celle-ci est indépendante des rhumes, et diffère par un certain nombre de caractères de la toux ordinaire à la bronchite. Seulement, aux époques de réapparition ou de recrudescence des rhumes, on la voit s'effacer, en quelque sorte, pour faire place à la toux de bronchite que nous venons de décrire; puis, elle reprend ses caractères quand les rhumes ont cessé tout-à-fait ou au moins beaucoup diminué. Cette toux est

brève, sèche, légère; composée d'une seule saccade ou de deux tout au plus; produite sans presque aucun effort et comme naturellement; non accompagnée d'accès ni de sentiment d'étouffement; surprenant quelquefois le malade au milieu d'une phrase; hors ce cas, s'échappant en quelque sorte de la poitrine par un petit mouvement convulsif, presque sans que le malade s'en aperçoive. Elle est plus fréquente le matin que dans la journée; elle est peu marquée la nuit. Si l'on veille auprès d'un phthisique qui présente ce genre de toux et qui dort, on entend la toux se produire de temps en temps sans que le malade se réveille; son sommeil paraît seulement en être rendu un peu moins calme, un peu moins profond. D'autres fois elle n'a pas lieu du tout pendant la nuit. Elle se reproduit facilement à propos de la plus petite excitation nerveuse ressentie par le malade. Elle augmente un peu avec les progrès de la maladie; mais, en général, elle perd ses caractères prononcés à mesure que l'on passe de la première à la seconde période de la phthisie. On n'en retrouve que fort peu de traces aux époques avancées de la maladie, soit qu'elle cesse tout-à-fait, soit que les nouvelles conditions physiques dans lesquelles se trouvent les poumons aient modifié ses caractères de manière à les rendre méconnaissables, soit enfin que la toux de bronchite qui domine alors la couvre tout-à-fait et d'une manière continue, comme elle le faisait dans la première période de la phthisie lors des recrudescences des rhumes. La toux particulière que je décris a pour caractère essentiel d'être sans expectoration. Elle paraît ne se manifester que lorsque déjà des tubercules existent dans les poumons. Elle semble, par la nature de ses caractères, se rapporter à une sorte d'excitation nerveuse subie par les poumons à la suite de l'infiltration tuberculeuse dont ils sont le siége, bien plus qu'être le résultat des conditions dans lesquelles se trouve la muqueuse bronchique. Sa première apparition a lieu sans

cause appréciable. Cette forme de toux ne s'est montrée que chez le quart tout au plus de nos malades. Quand elle existe d'une manière un peu prononcée, quand elle est accompagnée des légères recrudescences de rhumes dont j'ai parlé précédemment, quand elle coexiste avec quelques-uns des phénomènes généraux que j'analyserai plus loin, elle est un élément de quelque valeur dans le diagnostic de la première période de la phthisie.

M. Louis (1) a dit que, dans le commencement de la phthisie, « on observe quelquefois une toux qui revient par quintes, excite beaucoup de dyspnée, souvent même des vomissements, et une sensation pénible à l'épigastre. » M. de la Berge a fait la même remarque et y a insisté d'une manière assez particulière pour que je doive citer ses paroles (2). « La toux par quintes, à secousses convulsives caractérisées par des expirations nombreuses, saccadées comme celles que l'on observe chez les sujets atteints de coqueluche, cette toux qui entraîne l'expulsion des matières contenues dans l'estomac, nous paraît avoir quelque valeur dans le diagnostic de l'affection tuberculeuse à son début, surtout lorsqu'elle persiste depuis un temps assez long. » J'ai aussi rencontré chez quelques-uns de nos malades la toux dont parlent MM. Louis et de la Berge ; mais le nombre de ceux qui l'ont présentée me semble trop faible pour qu'on puisse y avoir une grande confiance. Le mot *quelquefois* employé par M. Louis semble indiquer que, de son côté, il ne l'a rencontrée qu'assez rarement.

En résumé, nous pouvons conclure de ce qui précède : que l'absence complète de toux n'est point une raison suffisante pour éloigner le soupçon d'une phthisie (3) mais une raison

(1) Recherches sur la phthisie, p. 187.

(2) Journal des connaissances médico-chirurg., septembre 1837, n° 3, page 90 à 91.

(3) « On ne sait pas assez, dit Portal, que cette maladie peut exister sans

puissante de diminuer beaucoup ce soupçon ; que la toux, sur laquelle M. de la Berge a insisté dans ces derniers temps, ne pourrait, en cas d'absence, influencer en rien le jugement, et en cas d'existence, qu'ajouter un peu plus de valeur au soupçon que l'on aurait conçu ; que la toux nerveuse que j'ai décrite précédemment convertirait le soupçon en une probabilité, si elle était bien prononcée, et si elle était accompagnée de quelques-uns des phénomènes généraux qui marquent ordinairement le début de la phthisie; et qu'enfin la toux que j'ai décrite en premier lieu a la même valeur diagnostique que les rhumes auxquels elle appartient, quand elle se présente dans les conditions que j'ai exposées précédemment.

2° *Auscultation immédiate et médiate.*

On peut appliquer au retentissement de la toux à travers les portions malades des poumons, ce que nous avons dit du retentissement de la voix (voyez page 542). Mais on se sert fort peu de ce moyen d'investigation.

§ V. Auscultation des bruits du cœur au niveau des sommets des poumons.

En analysant l'état des bruits du cœur chez quelques phthisiques au premier degré, je fus frappé, dans les premiers temps de ces recherches, d'entendre, sous les clavicules, ces bruits plus forts que dans l'état normal, et surtout plus forts sous la clavicule droite que sous la gauche. Ce fut surtout ce dernier résultat qui me conduisit à penser que, probablement, la transmission des bruits du cœur sous les clavicules, plus marquée que dans l'état normal, était le résultat des conditions nouvelles de conductibilité dans lesquelles se trouvaient

la plus légère toux, et parcourir ainsi toutes ses périodes. » Morgagni, MM. Andral et Louis ont cité des cas de ce genre. J'en ai trouvé deux exemples frappants parmi mes observations.

les poumons, par suite de l'infiltration tuberculeuse dont ils étaient le siége. Je reconnus également, par la comparaison de ce dernier résultat avec l'état anatomique des sommets des poumons, que le retentissement plus considérable des bruits du cœur sous une clavicule était le résultat de l'infiltration tuberculeuse plus considérable du sommet du poumon correspondant. Les cas où ce retentissement plus considérable avait lieu à droite éloignaient la pensée qu'il pût être le résultat de la plus grande proximité du cœur de l'une que de l'autre région sous-claviculaire. Ainsi, nul doute que les bruits du cœur ne retentissent plus fortement sous les clavicules dans les cas d'induration tuberculeuse du sommet des poumons que dans l'état sain ; nul doute que leur retentissement, qui est en raison directe de l'induration, ne soit plus considérable au niveau du sommet le plus induré. Je songeai à tirer parti de ces résultats pour le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire. J'auscultai, dans ce sens, tous les phthisiques qui se présentèrent à mon observation, et j'eus bien souvent occasion de constater, par un rapprochement entre le symptôme et la lésion, la valeur de ce moyen de diagnostic. On peut résumer ainsi ce qui se rapporte à ce mode d'investigation :

Dans l'état normal, les bruits du cœur sont entendus sous les deux clavicules, mais un peu plus fort sous la clavicule gauche que sous la droite. Lorsqu'une infiltration tuberculeuse occupe à un degré à peu près égal le sommet des deux poumons, le résultat de l'auscultation est le même dans les deux côtés, mais le retentissement des bruits du cœur y est plus considérable que dans l'état normal. Si la tuberculisation est tout-à-fait commençante, et si elle est plus marquée dans le sommet du poumon droit, les bruits du cœur retentissent à peu près également sous les deux clavicules, ou même un peu plus à droite qu'à gauche. Si,

au contraire, l'infiltration tuberculeuse est plus considérable à gauche, on trouve une différence beaucoup plus grande que dans l'état normal entre le retentissement des bruits du cœur sous la clavicule droite et sous la clavicule gauche. Ce retentissement est manifestement plus prononcé à droite si la tuberculisation est beaucoup plus considérable de ce côté.

La valeur du moyen de diagnostic que je propose n'est que fort médiocre, si on suppose que la tuberculisation est égale dans le sommet des deux poumons. Son application suppose alors une juste appréciation des différences qui séparent le retentissement normal du retentissement morbide des bruits du cœur sous les clavicules, et cette juste appréciation n'est pas toujours facile. L'intensité des bruits du cœur peut s'accroître momentanément sous l'influence d'une excitation nerveuse passagère; ces bruits peuvent être entendus plus forts qu'à l'ordinaire sous les clavicules et cependant les poumons être sains. Dans de pareilles conditions, il faudrait une augmentation très prononcée dans la densité des sommets des poumons et une observation très fréquemment renouvelée pour faire éviter l'erreur; or, une augmentation très marquée dans la densité de l'organe suppose une tuberculisation trop facile à reconnaître par d'autres signes pour que, dans ce cas particulier, le signe précédent mérite une grande attention.

Par les raisons mêmes que je viens d'exposer, on ne doit pas compter sur ce moyen pour mesurer d'une manière exacte le degré et les progrès de la maladie. Toutefois, il peut encore servir à ce but, mais d'une manière seulement accessoire.

Mais il est fort rare que la tuberculisation occupe les deux sommets des poumons au même degré; le plus ordinairement elle est plus prononcée dans l'un que dans l'autre. Le relevé de mes observations conduit à ce résultat : que le

lieu du maximum de développement de la phthisie est le sommet du poumon droit ; d'après ce résultat, on se trouverait, chez le plus grand nombre des malades, dans les conditions le plus favorables à l'application du moyen de diagnostic que je propose, puisqu'alors le retentissement des bruits du cœur, contre l'état ordinaire des choses, est plus considérable sous la clavicule droite que sous la gauche.

Pour que le retentissement plus marqué des bruits du cœur sous la clavicule gauche devînt un signe de première période de phthisie, il faudrait que la différence fût, bien évidemment et d'une manière bien constante, beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Au reste, on ne doit pas oublier qu'à l'époque de la phthisie que suppose l'emploi de ce moyen de diagnostic, un certain nombre d'autres signes viennent nécessairement se joindre aux précédents, et que la probabilité et la certitude naissent ainsi de la réunion de plusieurs témoignages qui, dans leur isolement, fussent restés sans valeur.

Tels sont les signes recueillis par l'auscultation ; ils sont nombreux et importants Ceux qui résultent des modifications des bruits respiratoires tiennent incontestablement le premier rang ; viennent ensuite les râles ; puis la résonnance vocale et tussive ; les caractères morbides fournis par la voix et la toux auscultées à distance ; en dernière ligne, le retentissement plus considérable des bruits du cœur sous les clavicules. Quelquefois on observe chez un même sujet tout l'ensemble de ces signes ; alors le diagnostic ne peut être douteux un seul instant. D'autres fois ils se trouvent isolés, pris çà et là dans chacun des groupes que nous venons de passer en revue ; alors, s'ils ne sont accompagnés d'un certain ensemble de phénomènes généraux et de certaines circonstances capables d'ajouter leur probabilité à la demi-certitude des autres, capables de faire pencher la balance,

ils peuvent ne point suffire à un diagnostic même vraisemblable. Plus loin j'examinerai les différents cas qui peuvent se présenter sous ce rapport.

ARTICLE II.

SIGNES FOURNIS PAR LA PERCUSSION.

Il y a deux choses dans le résultat de la percussion : 1° la sensation tactile ; 2° la sensation auditive. La sensation tactile est celle que reçoit le doigt qui percute. Beaucoup de personnes ne pensent pas que cette sensation tactile puisse être utile au diagnostic : c'est certainement là une erreur. Cette sensation est telle, quand on a acquis l'habitude de la recueillir et de l'analyser, que le plus souvent elle permet de juger, au moins tout aussi bien que la sensation auditive, l'état de plus ou moins de densité de l'organe. Quelquefois même il arrive que des différences de densité insaisissables par l'oreille sont appréciées par le toucher. L'habitude que l'on a contractée de se servir d'un sens et de négliger l'autre dans l'exercice de la percussion, fait que le résultat fourni par l'un paraît supérieur ou inférieur à celui que l'autre a donné. Ceci s'applique également et aux personnes qui donnent une attention trop exclusive au résultat de l'ouïe, et à celles qui attachent une trop grande importance à la sensation tactile. Il est bon, je crois, de s'habituer à juger également et à la fois par ces deux sens, attendu que souvent le résultat de l'un corrige ou corrobore celui de l'autre. Le sentiment de résistance que l'on éprouve dans le doigt qui percute, sentiment qui va quelquefois jusqu'à l'impression désagréable d'une contusion éprouvée par ce doigt, indique une augmentation de densité proportionnelle dans l'organe sousjacent ; le sentiment d'élasticité, de réaction, de rebondissement sous le doigt, indique l'état opposé.

Avec l'exercice clinique qu'elle suppose, la percussion

bien exécutée est un très bon moyen d'apprécier les changements de densité survenus dans les sommets des poumons. Mais elle exige au moins autant d'habitude que l'auscultation, quand il s'agit d'en faire l'application au diagnostic de la première période de la phthisie. Elle réussit beaucoup mieux, donne des résultats bien plus positifs quand il existe une différence dans le degré de tuberculisation des deux sommets des poumons, que quand tous deux sont affectés à peu près au même degré. Cela se conçoit, et il en est de même de tous les autres moyens d'investigation; dans un cas, on a pour éclairer son jugement un terme de comparaison qui manque dans l'autre cas: là, c'est un jugement relatif; ici, un jugement absolu. Dans le cas où les deux sommets sont affectés à des degrés différents, cas de beaucoup le plus fréquent, la percussion suffit à faire juger de petites différences de densité; alors le moyen est applicable au diagnostic des premiers degrés de la phthisie.

Le résultat que fournit la percussion dans la phthisie pulmonaire est à peu près le même, soit que l'on percute au-dessus ou au-dessous de la clavicule, soit que l'on percute sur cet os lui-même. Quand je dis que le résultat est le même, j'entends le résultat diagnostique.

M. Piorry a poussé trop loin l'étude de la percussion, pour qu'il reste rien d'important à dire sur ce sujet. Toutefois, les remarques suivantes ne sont peut-être pas sans quelque intérêt pratique. Après avoir pendant long-temps comparé entre elles les différentes méthodes plessimétriques, je crois, comme M. Andral (1), que le meilleur plessimètre est le doigt appliqué fortement sur la partie où l'on percute. Le doigt qui sert de plessimètre doit, de préférence, être appliqué sur une partie résistante de la poitrine: ainsi, sur l'articulation sterno-claviculaire et les premières côtes. Il y a de l'avantage à ce que la partie du doigt qui appuie soit

(1) Auscultation médiate, édit. de 1837, vol. 1, p. 47.

la face palmaire de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange, et que la percussion ait lieu sur la face dorsale de la même articulation. Un seul doigt, tombant verticalement sur le plan de l'articulation précédente, suffit à obtenir de la percussion tous les résultats qu'elle peut fournir; le doigt médius de la main droite est celui dont on se sert le plus commodément; cette manière de faire fatigue moins le malade. Pour donner des résultats sur lesquels on puisse compter, la percussion doit être exécutée *comparativement* dans les points exactement correspondants du sommet de la poitrine, et dans des conditions exactement semblables pour les deux côtés. Si le résultat qu'elle fournit est douteux, on doit recommencer, avec la précaution de percuter alternativement et comparativement l'un et l'autre côté, pendant l'inspiration et l'expiration successivement. On a conseillé de s'exercer à la percussion sur les organes sains et malades sortis des cavités qui les renferment; cette méthode me semble vicieuse, car, sur les mêmes organes, le résultat est tout autre, suivant qu'ils sont à nu ou recouverts par leurs parois, suivant qu'ils sont isolés ou entourés des parties qui les avoisinent.

Je crois la percussion beaucoup moins capable que l'auscultation de faire découvrir les traces les plus légères de tuberculisation que nos sens puissent atteindre. L'auscultation a certainement l'avantage pour la première phase de la première période, et elle le conserve pour les autres. Mais, comme cette prééminence n'entraîne pas d'exclusion, on doit considérer la percussion comme le meilleur auxiliaire de l'auscultation, dans la série des moyens d'investigation qui peuvent amener au diagnostic que nous recherchons.

En général, la percussion ne peut rien pour le diagnostic de la première phase de la phthisie. L'obscurité du son qu'elle fournit ou peut fournir alors, est trop légère pour qu'on puisse y avoir une grande confiance. Le plus souvent même,

dans les autres phases de la première période de la phthisie, il faut s'attendre à n'en obtenir que des nuances de son et de sensation tactile assez délicates; mais, quand une fois on en a acquis l'habitude, ces sensations, quoique d'une certaine délicatesse, font cependant une impression assez forte et assez nette pour apporter avec elles un caractère de certitude.

Des tubercules peuvent exister dans le sommet d'un poumon, et cependant la percussion fournir un son clair et une sensation d'élasticité assez marquée. Ce fait peut se rencontrer dans plusieurs circonstances: 1° dans le cas où les tubercules, en fort petit nombre, se trouvent comme perdus au milieu du tissu pulmonaire; 2° dans le cas où ils sont en assez grand nombre, mais seulement sous forme miliaire, et disséminés çà et là dans une masse assez considérable de tissu pulmonaire; dans ce cas, les vésicules circonvoisines sont devenues un peu emphysémateuses, et il y a neutralisation des résultats opposés propres à chacune de ces deux parties du poumon; 3° dans le cas enfin où les tubercules sont réunis en une masse peu considérable, qui occupe exclusivement la partie centrale du sommet du poumon, tandis que les couches périphériques de cet organe, devenues le siége d'une respiration supplémentaire, neutralisent, comme dans le cas précédent, le résultat qu'aurait fourni la partie centrale prise isolément.

De là un précepte qu'on ne doit jamais perdre de vue dans les cas de doute: pratiquer alternativement, dans les mêmes points, la *percussion superficielle* et la *percussion profonde*, c'est-à-dire, percuter alternativement avec force et avec légèreté, afin que, dans un cas, l'ébranlement vibratile qu'on a provoqué pénètre jusque dans les parties profondes de l'organe, et produise une sensation à laquelle auront concouru tout à la fois les couches centrales et périphériques du poumon; afin que, dans l'autre cas, l'ébranle-

ment n'atteigne que ces dernières couches, et que la sensation qui en résulte pour l'observateur ne se rapporte qu'à l'état des couches périphériques du poumon. On compare ensuite ces deux sensations, et, de leur différence, naît le jugement que l'on porte : si le son est plus sourd à la percussion profonde qu'à la percussion superficielle, c'est une preuve que quelques tubercules ou quelques noyaux d'une induration quelconque occupent le centre du poumon. Plusieurs fois j'ai vu la suite de l'observation confirmer un diagnostic de première période de phthisie, dont l'un des éléments principaux avait été le résultat différent fourni par la percussion profonde et la percussion superficielle.

Dans la phthisie chronique, formée par de gros tubercules déposés au milieu du tissu pulmonaire, toute l'affection est ordinairement concentrée au sommet de l'organe ; dans la phthisie aiguë, formée presque toujours par des groupes de tubercules miliaires épars çà et là dans les poumons, l'affection est irrégulièrement dispersée dans toute la masse de l'organe, mais elle est ordinairement plus marquée au sommet que partout ailleurs. Dans le premier cas, le plus ordinairement, l'obscurité du son et le sentiment de résistance au doigt n'existent que dans le sommet de la poitrine. Dans le second cas, ces résultats ne cessent pas brusquement d'être perçus au delà d'une certaine limite ; on les retrouve çà et là dans une très grande partie de l'étendue de l'organe ; ce sont des alternatives d'assez bonne sonoréité, d'assez bonne élasticité sous le doigt et d'obscurité du son, de sentiment de résistance tactile. Ces phénomènes sont seulement plus prononcés vers le sommet que partout ailleurs. Les différences que je signale passent inaperçues quand on n'est pas prévenu, et quand on ne donne pas à l'examen de la poitrine tout le temps et toute l'attention convenables. On attribue à un défaut de percussion ou à une erreur de perception une apparente contradiction dans

les résultats obtenus sur des points tout-à-fait voisins; on se range à l'idée que le son est normal, parce que cette idée s'accorde avec la règle générale, et parce que l'obscurité du son obtenu dans quelques points est peu considérable; et on méconnaît une phthisie dont le caractère anatomique est la dissémination des tubercules par groupes isolés. La marche aiguë; le développement de la phthisie chez un individu non prédisposé, à la suite de certaines influences antihygiéniques; la dissémination sur toute la région antérieure de la poitrine des signes fournis par l'auscultation et la percussion; la disproportion entre les symptômes locaux et les symptômes généraux, sont autant de caractères de la phthisie de forme miliaire. Une analyse attentive permet ainsi, dans un bon nombre de cas, de reconnaître la forme anatomique de la phthisie.

On voit quelquefois la tuberculisation du poumon s'être reléguée tout-à-fait dans les parties postérieures et supérieures de l'organe. Je trouve dans mes observations deux cas de ce genre. A peine quelques tubercules occupaient-ils les parties antérieures du poumon, tandis que déjà des cavernes existaient en arrière. L'un de ces malades était une femme, atteinte en même temps d'une affection organique du cœur. Malgré un examen assez attentif des régions antérieures de la poitrine, on méconnut entièrement la phthisie. On voit par là, qu'on ne doit pas négliger l'examen de la partie postérieure de la poitrine, surtout dans les cas où le diagnostic paraît douteux.

En résumé, la percussion peut être d'un grand secours dans le diagnostic de la première période de la phthisie, mais ce moyen d'investigation exige dans son emploi beaucoup d'habitude et d'attention, et n'est applicable, en général, qu'aux deuxième et troisième phases de la première période.

ARTICLE III.

SIGNES FOURNIS PAR L'ACOUOPHONIE (OU COPHONIE).

M. Donné a désigné sous le nom d'*acouophonie* ou de *cophonie* l'emploi simultané de l'auscultation et de la percussion. Dans ce mode d'investigation, on reçoit avec l'oreille appliquée sur la poitrine, avec ou sans l'intermédiaire du stéthoscope, les sons qu'on a fait naître par la percussion dans un point plus ou moins éloigné de celui que l'on ausculte. L'acouophonie est directe quand on reçoit la ligne de vibration qui est produite dans le sens même de la direction de son mouvement ; c'est-à-dire, quand on ausculte à la partie postérieure de la poitrine le point correspondant à celui de la région antérieure où l'on exerce la percussion. Elle est indirecte, quand on reçoit en sens inverse de la direction de son mouvement la ligne de vibration qui est produite ; c'est-à-dire, quand on ausculte la surface même sur laquelle on exécute la percussion. Dans ce dernier cas, l'auscultation doit avoir lieu près du point où l'on percute ; dans le premier cas, elle doit se faire à l'opposé du point percuté ; dans tous les deux, la percussion doit être exercée par la personne même qui ausculte ; elle doit être immédiate, par conséquent la cophonie n'est appréciable qu'aux régions de la poitrine qui sont osseuses ou cartilagineuses.

Ce moyen d'investigation paraît, dans l'*a priori*, devoir conduire mieux que tout autre à l'exacte appréciation des divers degrés de densité de l'organe exploré. C'est dans cette pensée que je l'ai appliqué à l'étude du diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire. Je l'ai employé chez un très grand nombre de sujets, les uns offrant évidemment une tuberculisation plus considérable d'un côté que de l'autre, les autres laissant encore quelque doute sur le véritable état de leurs poumons. L'auscultation était faite

en arrière dans les régions sus et sous-épineuses, tandis que la percussion était pratiquée sur la clavicule même. J'ai essayé plusieurs autres modes, chez des malades placés dans des conditions variées, mais jamais je n'ai obtenu de résultat constant et qui s'accordât avec l'état anatomique des poumons; les plus petits changements apportés dans le mode, la direction, la force de la percussion, modifiaient tellement le timbre et l'intensité du son obtenu, qu'il m'a paru tout-à-fait impossible de faire aucune application utile de ce moyen d'investigation. Le plus grand obstacle à ce qu'il puisse avoir de la valeur, est une sorte de bruit de cliquetis, produit par la percussion, qui obscurcit et modifie entièrement le bruit fourni par l'organe malade.

ARTICLE IV.

SIGNES FOURNIS PAR LA PALPATION.

Le toucher est susceptible d'un grand nombre d'applications, comme moyen de diagnostic. Mais une seule a des rapports directs avec mon sujet, c'est l'étude des mouvements du thorax dans la respiration; je me bornerai ici à cette seule application. L'analyse des mouvements du thorax par le toucher avait été beaucoup négligée. Depuis quelques années j'ai essayé de la reprendre, et les bons résultats que j'en ai obtenus m'ont engagé à continuer. Voici, en abrégé, quels sont ces résultats et quelle est la marche que j'ai suivie pour y arriver.

Deux sortes de mouvements se produisent naturellement à la surface du thorax pendant les actes respiratoires : des mouvements simples ou de locomotion, des mouvements composés ou de vibration; la première de ces deux classes de mouvements a été plus étudiée que la seconde; j'insisterai par conséquent beaucoup plus sur cette dernière.

I. Les mouvements de locomotion de la poitrine se dé-

composent, comme l'acte respiratoire dont ils dépendent, en deux mouvements secondaires, celui de l'inspiration et celui de l'expiration. Le premier consiste dans un soulèvement; le second, au contraire, dans un affaissement de la charpente du thorax. Dans l'intérêt des applications pratiques dont il est susceptible, le mouvement de l'inspiration ou de soulèvement doit être décomposé en deux autres : 1° Le mouvement de totalité, par lequel le thorax tout entier, considéré un instant comme formé d'une seule pièce, est entraîné dans l'ascension; 2° Les mouvements partiels, mouvements multiples, par lesquels chaque côte, devenue comme un centre de mouvement, se rapproche et s'éloigne plus ou moins de sa voisine. Cette décomposition est inutile pour le mouvement de l'expiration.

Chacun des genres de mouvements que je viens de passer en revue peut éprouver des modifications dans le sens de l'augmentation, dans le sens de la diminution, et de la perversion, en attachant à ce dernier mot la pensée d'un changement survenu dans le mode lui-même et le rhythme du mouvement. Mais les modifications par augmentation et par diminution étant les seules susceptibles d'applications au diagnostic de la première période de la phthisie, elles sont les seules que j'étudierai ici; encore, n'en dirai je que fort peu de chose, parce que l'œil est plus propre que le sens du toucher à juger les modifications de cette classe de mouvements.

Un certain rapport existe, dans l'état normal, entre les mouvements de totalité et les mouvements partiels, et ce rapport peut être détruit dans l'état morbide. Presque toujours il est détruit par le mécanisme suivant : les mouvements de totalité n'ont pas changé ou quelquefois même sont augmentés, et les mouvements partiels sont diminués. Mais pour bien juger les modifications que ces mouvements ont pu subir, il faut d'abord les bien connaître dans l'état

normal. Cette étude ne peut point être indiquée par écrit; il faut la faire soi-même, la répéter souvent, chez un grand nombre d'individus différents par l'âge, par la constitution, et placés dans des circonstances diverses. Alors seulement on est apte à bien juger les changements survenus dans les mouvements dont il est question.

Lorsque la tuberculisation du sommet d'un poumon est assez considérable pour avoir entraîné une diminution du volume de ce sommet, ce qui arrive presque toujours lorsqu'une infiltration tuberculeuse considérable s'y trouve concentrée, et surtout lorsque des pleurésies successives se sont produites à sa surface, fort souvent la paroi thoracique a suivi d'une manière sensible le mouvement de retrait de l'organe, et de là résultent, une déformation que nous analyserons ailleurs, et une diminution des mouvements partiels de la partie correspondante des parois thoraciques. Cette diminution n'est appréciable qu'en avant et en haut. On voit et on sent les côtes d'un côté ou des deux côtés exécuter des mouvements moins étendus que dans l'état normal. Les mouvements de totalité n'ont point éprouvé de changement, ou s'ils sont modifiés c'est plutôt dans le sens de l'augmentation. Un peu plus loin, je vais tracer les règles d'application de la main sur les parois thoraciques, pour la palpation des mouvements vibratiles. Ces règles sont les mêmes pour les mouvements de locomotion. Une fois exercé à ce genre d'investigation, on distingue très bien par le toucher les deux classes de mouvements dont je viens de parler, les uns de totalité, les autres partiels, ainsi que les modifications qu'ils ont subies. Appliquée au diagnostic de la première période de la phthisie, la palpation des mouvements de locomotion du thorax conduit à ce résultat général : que, dans les cas où la tuberculisation des sommets des poumons est à un degré assez considérable pour avoir entraîné une augmentation notable de la densité de

ces sommets, il y a diminution des mouvements partiels des côtes correspondantes, et que cette diminution est en raison proportionnelle de l'induration de l'organe, et surtout de la diminution de volume qu'il peut avoir éprouvée.

On voit, par l'énoncé de cette proposition, que la palpation des mouvements de locomotion n'est applicable qu'à une époque déjà fort avancée de la première période de la phthisie, époque à laquelle le diagnostic ne peut plus être douteux, si l'on s'est servi convenablement de l'auscultation et de la percussion. Les signes fournis par le mode de palpation que nous venons d'exposer, ne peuvent donc être que confirmatifs du diagnostic déjà porté par les autres modes d'investigation. Il arrive assez souvent qu'une infiltration tuberculeuse *considérable* a lieu dans un poumon, sans qu'aucune diminution dans le volume du thorax, aucune modification dans les mouvements de la paroi thoracique correspondante, se fasse remarquer. C'est le cas ordinaire de la tuberculisation miliaire disséminée, et de la phthisie aiguë. Dans ce cas, les mouvements de la paroi thoracique ne sont pas sensiblement modifiés. Peut-être, cependant, ce résultat négatif, pourrait-il encore tourner au profit du diagnostic; en effet, l'auscultation, la percussion, et les symptômes généraux ayant établi le diagnostic de la phthisie à un degré déjà avancé, et la palpation des mouvements de locomotion ne fournissant qu'un résultat négatif, contrairement aux cas ordinaires, on pourrait soupçonner que cette déviation à la règle commune est due à la forme particulière de l'infiltration tuberculeuse; or, la forme *miliaire disséminée* est la seule capable, à une époque avancée de son développement, de donner lieu au résultat négatif dont il est question. Déjà, dans l'article précédent, j'ai dit comment la percussion pouvait servir à diagnostiquer ainsi la forme anatomique de la phthisie. Le résultat de la palpation et de la percussion réunies dans le même but, peut quelquefois conduire à une

certitude complète de ce diagnostic. Toutefois, on remarquera que c'est dans les cas seulement où la tuberculisation miliaire disséminée, et la grosse tuberculisation concentrée au sommet, offrent leurs formes les plus prononcées, que le diagnostic différentiel entre ces deux formes de la phthisie devient possible par les moyens que j'indique.

De même que pour la percussion et pour tout autre moyen d'investigation, le résultat de la palpation est plus facile à apprécier et offre plus de garanties quand il existe une différence entre les deux côtés de la poitrine, que lorsque la tuberculisation et les mouvements thoraciques sont au même degré des deux côtés, et qu'on doit prononcer d'une manière absolue si ces mouvements sont en deçà ou au delà de la limite normale.

En somme, la palpation des mouvements partiels est la seule qui puisse être utile au but pratique que je me propose; par elle, on constate que ces mouvements diminuent en raison directe de l'atrophie des sommets des poumons. Cette diminution n'est appréciable qu'à une époque avancée de la première période de la phthisie pulmonaire; son application est restreinte à un certain nombre de cas; elle peut être remplacée par l'inspection de ces mêmes mouvements; elle est plus facile et plus sûre dans ses résultats, quand les deux sommets des poumons sont atteints d'infiltration tuberculeuse à des degrés différents.

II. La voix et la toux sont un résultat de vibrations déterminées par le choc subit d'une colonne d'air contre l'intérieur du larynx. En vertu des lois qui régissent cette sorte de mouvements, ces vibrations tendent à se propager de proche en proche, à travers les tissus qui avoisinent l'organe dans lequel elles ont pris naissance (larynx), et ceux dans lesquels elles ont retenti (bronches). Cette propagation se fait suivant un rayon d'autant plus étendu que la vibration primitive est plus forte, plus nettement produite, et que

l'organe dans lequel elle s'opère est dans de meilleures conditions de conductibilité de la vibration. Les conditions étant supposées égales pour les deux premiers chefs, on conçoit que deux poumons qui se trouveraient dans des conditions différentes de conductibilité, fourniraient des résultats différents. D'autre part, les conditions de conductibilité étant supposées les mêmes dans les deux poumons que l'on compare chez deux sujets différents, le résultat varie avec le degré de developpement des conditions précédentes; la vibration est manifestement plus sensible chez le malade dont la voix est plus forte, plus grave et mieux articulée; c'est pour cela que, quand on exécute comparativement la palpation de la vibration vocale sur les deux côtés de la poitrine d'un même sujet, on doit avoir le soin de le placer, pour ces deux examens successifs, dans les mêmes conditions d'émission vocale. Je supposerai toujours ces conditions égales dans l'exposé que je vais faire des résultats de la palpation; dès lors, la différence entre les résultats correspondra aux différences de densité des organes ou des différentes parties d'un même organe.

Les meilleures conditions de conductibilité des vibrations tactiles ne paraissent pas être tout-à-fait les mêmes que pour les vibrations auditives. Ces dernières, avons-nous dit, se transmettent d'autant plus facilement à travers les organes, que la densité de leur tissu est plus considérable. Il n'en est pas de même pour les vibrations tactiles, qui diminuent quand l'organe augmente de densité. Le fait général qui domine l'histoire physiologique et pathologique de ces dernières vibrations, est celui-ci : elles sont à leur maximum de développement, dans les conditions normales de densité de l'organe; elles diminuent de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne de ces conditions normales, et sont en raison inverse de la densité et de la raréfaction du tissu du poumon. C'est ainsi que la vibration tactile est tout-à-fait

nulle dans le cas de pneumonie, comme dans celui de pneumothorax. Les intermédiaires compris entre ces deux extrêmes sont régis par la même loi. Partant de ce principe, on peut prévoir le résultat pour tous les cas pathologiques qui peuvent se présenter. Je m'abstiens de descendre dans le détail de chacun de ces faits particuliers, afin de ne pas me détourner de mon sujet principal. Je me bornerai donc à faire l'étude de la palpation des mouvements vibratoires, appliquée au diagnostic de la première période de la phthisie.

Je vais d'abord tracer les règles d'application de la main pour bien recueillir les vibrations thoraciques vocales, et exposer l'état normal de ces vibrations chez les adultes pris dans les conditions ordinaires de la vie.

La vibration vocale est obtenue à son maximum d'intensité, quand la main, largement appliquée sur la région thoracique, les doigts réunis, doucement appuyés sur la surface cutanée, reçoit la vibration produite par l'action de compter, chaque mot étant nettement articulé, et le malade se trouvant placé dans la position horizontale.

En effet : 1° la vibration vocale est plus forte dans le décubitus horizontal que dans le décubitus vertical ; 2° elle est plus forte quand le malade parle par *monosyllabes* que quand il prononce des mots *polysyllabiques*, quand il articule nettement chaque mot que lorsqu'il parle avec une ouverture labiale incomplète ; 3° elle diminue quand la main destinée à recevoir la vibration appuie trop fortement ou trop mollement sur la paroi thoracique. On apprécie mieux la vibration avec la main étalée en surface, que par un seul ou deux doigts seulement ; avec la main disposée en surface continue par le rapprochement des doigts, qu'avec une surface brisée, mais plus étendue, telle que celle représentée par les doigts écartés.

C'est la région palmaire de la main qui doit être employée à recueillir les vibrations.

La position plus ou moins médiane, plus ou moins inclinée à droite ou à gauche, de la tête du malade, ne fait rien au résultat qu'on obtient.

La vibration est nulle quand le malade parle à voix basse; elle augmente en raison directe de l'intensité de la voix.

La voix nazonée, quand elle conserve son intensité naturelle, vibre aussi bien que la voix ordinaire.

La face palmaire des doigts sent tout aussi bien la vibration que leur pulpe, ce qui fait, qu'au lieu de n'appliquer sur la région qu'on explore que la pulpe des doigts réunis, comme le font quelques personnes, il est mieux d'appliquer les doigts par toute leur face palmaire. Ce fait est une conséquence de ce principe déjà posé, que la perception de la vibration augmente avec l'étendue de la surface d'application.

Quelques personnes ont une main plus habile que l'autre à recueillir les vibrations; aussi est-il mieux, lorsqu'on compare les deux côtés de la poitrine, de faire l'application alternative de la même main sur l'un et sur l'autre côté, plutôt que l'application des deux mains à la fois. Toutefois, lorsque, par un exercice convenable, on s'est assuré de l'égalité de délicatesse tactile des deux mains, il est mieux de les appliquer toutes deux à la fois, l'une à droite, l'autre à gauche; les termes de comparaison sont alors tous deux présents à l'esprit dans le même moment, et il en résulte plus de facilité et d'exactitude dans le jugement.

La vibration vocale est beaucoup plus marquée en avant qu'en arrière; à droite, dans les régions mammaire et sous-mammaire, qu'à gauche dans les mêmes régions. La différence d'épaisseur des parois thoraciques antérieure et postérieure, la différence de conductibilité des tissus qui les forment, la présence du cœur, sont les causes de ces différences.

La région *antéro-moyenne* ou sternale est celle qui offre

la vibration la plus prononcée. Celle-ci est plus marquée dans le haut que dans le bas de cette région.

Dans les régions *antéro-latérales*, qui viennent immédiatement après la région précédente comme intensité de la vibration vocale, la zône mammaire droite, puis les zônes sus-claviculaires, sous-claviculaires, et claviculaire, offrent une vibration décroissante dans l'ordre suivant lequel je viens de les nommer. La vibration des régions claviculaires est fort peu sensible.

La région *postéro-moyenne* ou vertébrale donne une vibration à peu près nulle, moins forte encore que celle des régions claviculaires. La vibration reparaît à mesure qu'on s'éloigne de la région vertébrale pour s'approcher des régions *postéro-latérales*. Là, elle offre son maximum dans la portion la plus saillante de l'angle des côtes, où elle est presque égale au maximum de la région antérieure. Elle décroît à mesure que l'on s'élève vers les régions sus-épineuses, où elle est plus faible que dans les régions sus-claviculaires.

Dans toute l'étendue des *régicns latérales* de la poitrine, la vibration est beaucoup plus faible que dans les régions antérieure et postérieure. Elle diminue à mesure qu'on se dirige du creux de l'aisselle, vers les rebords costaux latéraux.

Les résultats précédents restent les mêmes dans les différents examens que l'on fait subir aux malades, pourvu que les conditions d'émission de la voix et de conductibilité de la vibration restent les mêmes.

La transmission de la vibration vocale à travers les muscles pectoraux ne varie pas sensiblement, soit que ces muscles soient contractés, soit qu'ils se trouvent en etat de relâchement.

Tels sont les résultats auxquels m'ont conduit l'examen et la comparaison d'un grand nombre d'individus à poitrine

saine. Voyons maintenant l'application de ces résultats au diagnostic de la première période de la phthisie.

Le maximum de la vibration thoracique vocale correspondant, ainsi que je l'ai dit plus haut, à l'état sain des organes pulmonaires, il en résulte que ces vibrations ne peuvent que diminuer quelles que soient les nouvelles conditions de densité dans lesquelles l'organe malade se trouve placé. C'est ainsi que ces vibrations sont diminuées dans l'extrême de la raréfaction des poumons, représentée par l'emphysème pulmonaire et le pneumothorax, de même que dans l'extrême de la densification, représenté par l'hépatisation aux deuxième et troisième degrés. Je ne connais qu'une seule exception au principe que je viens de poser ; la voici : lorsqu'il existe une grande caverne dans le sommet d'un poumon, lorsque cette caverne est très superficiellement placée et qu'elle occupe les parties antérieures du poumon, lorsqu'elle a sa paroi antérieure formée par une lame mince, lorsque enfin elle est à peu près complètement vide de liquide, la main appliquée à son niveau perçoit une vibration au moins égale à la vibration thoracique normale. Ici, la caverne pleine d'air est un instrument de renforcement de la vibration placé sur la direction de cette ligne de vibration ; semblable en cela à certaines caisses d'instruments de musique.

Ainsi donc, la vibration thoracique vocale est diminuée vis-à-vis les parties du poumon occupées par l'infiltration tuberculeuse, et sa diminution est en raison directe du degré de cette infiltration. Il suffit d'une différence fort légère dans la densité de l'un et de l'autre sommet des poumons, pour entraîner une différence sensible dans la vibration vocale perçue au niveau de l'un et de l'autre. On voit souvent le résultat que fournit ce genre de palpation coïncider avec plusieurs des premiers symptômes locaux signalés par l'auscultation. La vibration tactile de la voix ne me paraît pas, autant que la vibration auditive

(retentissement bronchophonique à travers l'organe malade), capable de faire reconnaître les époques les moins avancées de la première période de la phthisie pulmonaire. Toutefois, la diminution de la vibration vocale observée alors est constante, invariable dans les mêmes conditions d'émission de la voix, d'état physique du poumon, et d'aptitude tactile de la main. Si on veut s'exercer à ce mode du toucher, on y trouvera un bon moyen de diagnostic. Mais l'erreur est facile quand on néglige de s'entourer des précautions que j'ai indiquées précédemment. Surtout, on ne saurait trop se défendre des jugements préconçus sur l'état du poumon que l'on explore. La valeur et la certitude de ce moyen augmentent, à mesure que les conditions physiques qui le rendent applicable se prononcent davantage, c'est-à-dire, à mesure que l'infiltration tuberculeuse et l'induration pulmonaire augmentent.

Les modifications subies par la voix chez quelques phthisiques à la première période, favorisent l'emploi de ce moyen de diagnostic, loin de nuire à son application. En effet, la voix a acquis alors plus de gravité, et nous avons dit précédemment, en exposant quelques principes de physique, que l'amplitude des vibrations et dès lors leur facilité à être perçues augmentaient quand les sons prenaient un ton grave.

Il est un assez grand nombre de personnes chez lesquelles, naturellement, il y a absence complète ou presque complète de vibration thoracique vocale. On rencontre ce fait, même chez les personnes maigres. Leur voix est en général faible, assez continue, mal accentuée, enfantine et féminine tout à la fois. Toutefois, en dehors même de ces caractères de la voix, on trouve des individus qui offrent la même particularité. L'erreur est facile à éviter : quand la vibration vocale manque naturellement, elle manque dans toute l'étendue de la poitrine ; tandis qu'il n'est aucune circonstance pathologique capable de détermi-

ner cette absence complète et générale de la vibration vocale. Il est donc important, à propos de chaque malade auquel on applique ce moyen d'investigation, de s'assurer si la vibration existe dans le reste de la poitrine en même temps qu'elle est affaiblie dans les sommets. S'il existe une différence entre le côté droit et le côté gauche, l'examen n'a pas besoin d'être étendu au delà des sommets; ce résultat ne peut appartenir qu'à l'état morbide.

Quand on applique la main par toute sa surface sur la région thoracique antérieure et supérieure, il faut avoir le soin d'analyser isolément la sensation vibratile perçue par les diverses sections de la main, en procédant de haut en bas. En effet, sous la large surface recouverte par la main, se trouvent des portions saines et des portions malades du poumon, les premières qui fournissent une vibration très sensible, les secondes une vibration beaucoup moindre ou presque nulle; avec de l'attention, on distingue facilement les différences de vibrations correspondantes aux différentes parties de la main.

La *vibration tussive*, celle qui se produit quand le malade tousse, fournit exactement les mêmes résultats que la *vibration vocale*; mais la fatigue beaucoup plus grande qu'elle occasionne au malade empêche de l'employer comme méthode générale. On peut en réserver l'emploi pour quelques cas particuliers, où la faiblesse de la voix ne permet pas à la vibration d'arriver distincte jusqu'à la paroi thoracique; la vibration tussive est en effet, tout étant égal d'ailleurs, plus forte que la vibration vocale.

La vibration vocale tactile nous présente, en résumé, dans les divers degrés auxquels elle se manifeste, un excellent moyen de juger les changements survenus dans la densité normale des poumons; elle est par cela même très applicable au diagnostic de la première période de la phthisie. Elle tient, dans le diagnostic, un rang un peu

moins élevé que l'auscultation immédiate ou médiate de la voix.

ARTICLE V.

SIGNES FOURNIS PAR L'INSPECTION ET LA MENSURATION DE LA POITRINE.

Certaines altérations de *forme*, de *volume* et de *mouvement* des parois thoraciques, appartiennent à l'histoire de la première période de la phthisie pulmonaire, et fournissent au diagnostic de cette affection des signes que je vais exposer dans cet article.

Deux moyens nous sont donnés pour apprécier ces altérations et les signes qui en résultent: l'*inspection simple* et la *mensuration*. Les altérations de mouvement ne sont point susceptibles d'être mesurées. La mensuration est surtout applicable aux augmentations ou aux diminutions de volume. Elle l'est aussi à certains changements dans la forme du thorax.

Jusque là, on s'est si peu servi de ces méthodes d'investigation, qu'en commençant mes recherches sur la phthisie, j'ai été obligé de faire d'abord l'étude du meilleur procédé à suivre dans leur emploi. J'ai vu ensuite avec plaisir, au moment de publier mes recherches, que d'autres avaient senti comme moi l'utilité de ces moyens, et avaient cherché à en faire l'application au diagnostic de la phthisie (1).

Les recherches que j'ai faites depuis quelques années sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, sont relatives à la plupart des maladies des plèvres, des poumons et du cœur; mais je n'exposerai ici que les résultats qui peuvent avoir rapport au diagnostic qui nous occupe dans ce moment.

C'est surtout quand les signes qu'elle fournit se fondent sur de très légères différences, qu'une méthode d'investiga-

(1) Hirtz, thèse de Strasbourg, déjà cité. — Woillez, Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine. Paris, 1838.

tion doit être employée avec précision et avec des principes fixes ; car, sans cela, elle ne fournirait que l'erreur. Cette manière de procéder est surtout nécessaire dans l'application de l'inspection et de la mensuration au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire.

I. Pour l'inspection simple, le malade peut être assis, debout ou couché. On combine ordinairement la première et la dernière méthode en examinant le malade dans son lit, d'abord couché, puis à son séant. Dans tous les cas, on le dispose de telle sorte que toutes les parties de son corps soient dans une position facile et naturelle. S'il est couché, tous ses muscles doivent être dans un état de relâchement parfait ; s'il est assis ou debout, on ne laisse d'action qu'aux muscles qui n'exercent aucune influence directe sur la poitrine. Couché, il doit reposer, par toute la face postérieure du corps, sur un plan légèrement incliné de haut en bas, mais égal des deux côtés, les jambes étendues, les bras placés le long des parties latérales de manière à ce que l'axe fictif du corps soit en ligne droite, et que ses deux moitiés latérales soient symétriquement disposées. Debout ou assis, ce doit être la même attitude relative des membres et du corps : la tête soutenue par les muscles de la région cervicale postérieure, la poitrine, l'abdomen et le bassin maintenus dans leur rectitude naturelle.

Dans le diagnostic dont nous nous occupons, l'observateur a surtout à examiner la région antérieure de la poitrine. Placé en face de son malade, il compare l'un à l'autre les deux côtés du thorax, et voit s'ils sont symétriques pour la forme, pour le volume et pour les mouvements. De là il passe à l'examen de ses différentes régions en particulier, en insistant surtout sur celles que l'expérience a appris être spécialement altérées dans la phthisie. Il voit si les épaules sont à la même hauteur ; si les régions antérieures et supérieures de la poitrine sont au même niveau des deux côtés,

ou si l'une d'elles n'est pas déprimée plus que l'autre ; si les fosses sus et sous-claviculaires sont également prononcées à droite et à gauche ; si les mouvements partiels des côtes, dans ces régions, se produisent au même degré de l'un et de l'autre côté. Il compare alternativement les conditions observées aux conditions normales, et les conditions de droite à celles de gauche. Si l'un des côtés seulement paraît avoir subi quelque changement, il prend, pour point de départ de son jugement, le côté opposé. Cette circonstance est toujours la plus favorable au diagnostic. Si des modifications morbides paraissent être survenues des deux côtés, il juge d'une manière absolue en rapprochant les conditions observées de l'unité de mesure qui est l'état normal. Un certain nombre de circonstances physiologiques ou pathologiques peuvent avoir influencé les altérations de forme, de volume et de mouvements que l'on observe, peuvent diminuer ou faire cesser leur valeur comme signes de phthisie ; il faut en tenir compte. Nous indiquerons plus loin ces circonstances. C'est ainsi que des anomalies congéniales de forme et de volume peuvent se présenter sur la poitrine, indépendamment de toute affection des organes qui y sont contenus. C'est ainsi que des déviations vertébrales, que des rétrécissements de la poitrine, survenus à la suite de pleurésies, peuvent simuler certains changements de forme, de volume et de mouvements, qui sont propres à la phthisie, ou du moins qui aident à faire reconnaître son existence.

La mensuration sert à faire reconnaître les différences de volume entre le côté droit et le côté gauche de la poitrine, entre son sommet et sa base ; plus loin, on verra que je m'en suis servi pour mesurer le degré des dépressions sous-claviculaires qui se remarquent chez un certain nombre de phthisiques. Voilà comment, depuis quelques années, je pratique la mensuration de la poitrine : le malade est couché sur le dos, dans la position précédemment indiquée ; un lien est

tendu du milieu de la fourchette du sternum à l'ombilic, et un aide, avec une plume chargée d'encre, trace sur la peau de la poitrine une ligne droite le long de ce lien. On en fait autant à la partie postérieure de la poitrine, en tendant le lien entre l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale et l'une des apophyses épineuses lombaires (1). Ces deux lignes étant tracées, le malade est invité à se mettre sur son séant, la tête et la poitrine droites, les deux bras étendus immobiles en avant, à la même hauteur, un peu relevés, et on lui recommande de ne faire aucun mouvement jusqu'à ce que la mensuration de sa poitrine soit terminée; on peut aussi lui faire élever les bras en haut, en lui faisant croiser les mains sur la tête, qui lui fournit ainsi un point d'appui. On prend alors un lien de fil gradué, rendu inextensible par une couche de matière colorante et emplastique préparée à l'huile; on applique l'une de ses extrémités sur la ligne médio-sternale à la hauteur que l'on veut; on contourne l'un des côtés de la poitrine en serrant médiocrement le lien contre la

(1) Le milieu de la fourchette du sternum, l'ombilic, les apophyses épineuses des vertèbres proéminente et lombaire, sont autant de points fixes que je n'ai jamais vus s'écarter de la ligne médiane chez les malades que j'ai observés, et qui dès-lors permettent de faire la part exacte de ce qui appartient à chaque côté de la poitrine. Ces deux lignes verticales, l'une antérieure, l'autre postérieure, servent de limite entre les deux côtés du thorax. Sans cette précaution, le point de départ et le point d'arrivée de chaque mensuration latérale peuvent être un peu en-deçà ou au-delà de la ligne médiane, surtout chez les individus qui ont conservé un certain embonpoint; et il devient facile de commettre une erreur de plusieurs lignes, c'est-à-dire de toute la différence réelle qui existe quelquefois entre l'un et l'autre côté.

Dans les cas de déviation vertébrale, on conçoit que ce moyen ne serait plus applicable, ou ne le serait que pour juger de combien la poitrine aurait été entraînée hors de l'axe fictif du corps.

Dans beaucoup de cas de la pratique de la ville, on ne peut pas tracer les lignes dont j'ai parlé précédemment; alors on se représente autant que possible le lieu où elles devraient l'être, mais on court le risque de moins d'exactitude dans le résultat.

peau; on va jusqu'à la ligne médio-vertébrale, et on voit combien de graduations sont comprises entre les deux. On répète la même chose du côté opposé, en ayant soin que le ruban de fil contourne la poitrine exactement à la même hauteur que précédemment, et on voit la différence entre les deux résultats. Quelques personnes mesurent en une seule fois toute la circonférence de la poitrine, doublent le ruban vis-à-vis de l'une des lignes médianes, et comparent ensuite les deux longueurs obtenues de chaque côté; mais cette méthode est moins exacte que la précédente. Quand il s'agit d'apprécier de petites différences, comme dans le diagnostic qui nous occupe, on ne doit omettre aucune des circonstances précédentes, parce que la moindre inégalité entre les conditions des deux côtés de la poitrine, pendant qu'on pratique la mensuration, peut faire varier les résultats de plusieurs lignes. On doit même, dans ce cas particulier, avoir la précaution de faire retenir au malade sa respiration; car on obtient quelques lignes de différence, si l'on mesure un même côté de la poitrine alternativement pendant l'expiration ou pendant une forte inspiration; on devrait au moins engager le malade à respirer très doucement. Si on veut comparer la circonférence totale de la base avec la circonférence totale du sommet de la poitrine, on peut, au lieu de mesurer alternativement le côté droit et le côté gauche, les comprendre tous deux à la fois dans la même mesure. Certaines altérations de forme et de volume, indépendantes de la phthisie pulmonaire, peuvent faire augmenter ou diminuer le chiffre de la mensuration; telles sont certaines anomalies congéniales, certaines voussures, des dilatations ou des rétrécissements de la poitrine dépendant de maladies antécédentes ou encore existantes; mais il suffit d'un peu d'attention pour éviter l'erreur que pourrait entraîner l'oubli de ces circonstances.

Mais quelles que soient les précautions avec lesquelles on

pratique la mensuration, on est obligé de convenir, dans le cas particulier où nous nous sommes placés, qu'elle peut bien fournir quelques *données générales* relatives au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, mais que, par différentes raisons, elle ne permet point de rattacher à ce diagnostic les premiers changements de volume que subit la poitrine, non plus que de suivre *pas à pas* et *exactement*, comme M. Hirtz n'a pas craint de l'avancer (1), la marche ascendante de la maladie dans le cours de sa première période. Veut-on prendre pour base de son jugement le chiffre absolu de la circonférence du sommet de la poitrine dans l'état normal? Mais quel que soit le nombre des individus sur lesquels cette moyenne sera prise, il est évident qu'en partant de ce point on ne pourra arriver qu'à l'erreur; car il s'agit ici de se prononcer pour ou contre l'existence de la phthisie, sur une différence qui, dans un grand nombre de cas, pourra être fournie, et au-delà, par des circonstances tout-à-fait étrangères à la phthisie, telles que l'âge, le sexe, l'embonpoint, le degré de développement des systèmes osseux et musculaire, les anomalies, etc. Veut-on prendre pour base le rapport normal qui existe entre la circonférence de la base et celle du sommet de la poitrine? Mais la détermination de ce rapport ne pourra jamais être assez exacte; ce rapport même n'est pas soumis à des lois assez constantes pour qu'une différence aussi légère que celle qui se rattache au rétrécissement consécutif et même primitif de la poitrine, au début de la phthisie, puisse avec certitude être considérée comme signe de cette affection. Supposons même que ce rapport ait pu être déterminé avec précision, pourra-t-on, chez tel malade, apprécier assez exactement l'influence du développement des viscères abdominaux sur la circonférence de la base de la poitrine, pour être sûr de ne point commettre erreur dans le rapport qu'on établira chez lui, entre

(1) Thèse de Strasbourg, conclusions de la page 44.

la base et le sommet de la poitrine? Évidemment non. Joignons à cela les erreurs que peut entraîner la mensuration pratiquée au sommet et à la base (les deux points de la poitrine qui peuvent le plus varier) soit par l'état de contraction ou de relâchement des muscles qui s'y insèrent, soit par l'état de développement momentané des viscères abdominaux sous-jacents, et nous en reviendrons à notre proposition : que la mensuration de la poitrine peut bien, dans un certain nombre de cas, nous fournir quelques données générales utiles au diagnostic de la première période de la phthisie, mais qu'elle est impuissante à nous faire reconnaître l'affection dès son début, et à suivre pas à pas, à partir de ce moment, la marche de ses progrès. C'est compromettre un diagnostic, contre lequel le préjugé ne s'élève déjà que trop, que d'exagérer ainsi la facilité de l'établir. Nous avons d'ailleurs d'autres moyens, d'une application plus sûre et plus constante que la mensuration, qui, le plus souvent, nous permettent d'arriver au même but. Nous verrons (pag. 586 et 588) ce que sont ces données générales, dont je parlais tout à l'heure, que la mensuration peut nous fournir.

II. Conditions physiologiques de la poitrine sous le rapport de son volume, de sa forme et de ses mouvements.

Les résultats que j'ai obtenus de l'inspection et de la mensuration de la poitrine chez les individus sains sont presque en tout conformes à ceux que M. Woillez a exposés dans la bonne monographie qu'il a publiée sur ce sujet. Je vais exposer en peu de mots ces résultats, que je compléterai par quelques faits généraux auxquels M. Woillez est arrivé en envisageant la question sous certains points de vue dont je ne me suis pas occupé.

Dans l'état sain, on constate, soit à l'œil nu, soit avec le compas de proportion, que le diamètre transversal de la poitrine est plus développé que son diamètre antéro-posté-

rieur. Le rapport de l'un à l'autre ne peut point être indiqué d'une manière rigoureuse; mais, considéré d'une manière générale, il est tel, que l'aspect de la poitrine est vraiment choquant, lorsque ce rapport est complètement détruit; il faut très long-temps pour que ce rapport cesse et que le rapport inverse s'établisse.

On constate, par les mêmes moyens, que le côté droit de la poitrine est un peu plus développé que le gauche, non pas dans le sens vertical, mais seulement dans les diamètres transversal et antéro-postérieur. La différence entre le côté droit et le côté gauche de la poitrine serait exprimée par un chiffre moins élevé que la différence entre le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transversal de la poitrine considérée dans sa totalité.

L'ampleur, la capacité de la poitrine, et sa configuration symétrique à droite et à gauche, paraissent être au moins autant en rapport avec le degré de force et de développement du système musculaire qu'avec le degré de force et de développement du système osseux. Ces conditions physiologiques types de la poitrine sont plutôt en rapport avec le développement en épaisseur qu'avec le développement en longueur du système osseux. Une fois une certaine limite passée, l'extrême développement en longueur des os qui composent les sections extrêmes des membres, tels que les phalanges, la jambe et l'avant-bras, paraît être en rapport avec la diminution de longueur des côtes, avec le peu de développement du diamètre transversal de la poitrine et le peu de capacité générale de cette cavité.

Les diamètres antéro-postérieur et transversal de la poitrine sont principalement en rapport avec le degré de développement en épaisseur du système osseux; et le diamètre vertical, au contraire, en rapport avec le développement en longueur du même système. Cela se conçoit; ce développement en longueur est exprimé par la taille de l'in-

dividu, le degré de développement des vertèbres en hauteur concourt pour beaucoup à déterminer la taille; par là même les insertions des côtes, sur les corps vertébraux, sont séparées par de plus grands espaces; or, ce sont ces espaces qui déterminent la hauteur du diamètre vertical de la poitrine.

Le développement *relatif* du diamètre vertical de la poitrine est en raison inverse du degré de force et de développement du système musculaire.

La capacité de la poitrine est en raison directe du développement des saillies naturelles et symétriques qui se remarquent à sa surface. Cela revient à la proposition exprimée précédemment, que cette capacité est en rapport avec le degré de force et de développement du système musculaire. En effet, les saillies normales et symétriques de la poitrine ne sont que des saillies d'insertion musculaire, et l'on sait qu'il y a toujours rapport direct entre le degré de développement du muscle et de la saillie sur laquelle il s'insère.

Il résulterait de quelques-uns des principes généraux qui précèdent, et qui sont l'expression résumée des faits, que les professions qui mettent surtout en exercice les muscles dont l'insertion est à la poitrine, doivent avoir une influence spéciale sur le développement des diamètres transversal et antéro-postérieur de cette cavité; telle a été la pensée de Dupuytren (1) et de ceux qui ont conseillé, comme traitement prophylactique de la phthisie, les exercices gymnastiques des membres supérieurs. Mais M. Woillez a obtenu de ses observations un résultat tout-à-fait inverse (2): les professions étant divisées en trois classes, celles qui obligent à une activité musculaire générale, celles qui exercent surtout les membres supérieurs, et celles qui laissent

(1) Répertoire générale d'anatomie et de physiologie, année 1828.

(2) Ouvrage cité, page 361.

le système musculaire dans un repos presque complet, ce seraient précisément les secondes qui correspondraient au moindre développement de la poitrine. Mais les recherches qui ont fourni ce résultat sont faites sur une trop petite échelle, pour qu'elles puissent avoir d'autre valeur que d'exciter le doute et de provoquer de nouvelles recherches.

La symétrie parfaite entre les deux côtés de la poitrine, entre les régions correspondantes de chaque côté, est un des caractères les plus essentiels d'une poitrine saine et bien conformée.

Chez un individu à poitrine saine et bien faite, et dans un état ordinaire d'embonpoint, un ruban, tendu entre le mamelon et la partie la plus saillante de la clavicule de chaque côté, ne laisse d'intervalle, entre lui et la peau des régions sous-jacentes, que tout-à-fait au-dessous de la clavicule; cet espace est seulement d'une à deux lignes et souvent n'existe pas du tout. Le résultat est à peu près semblable, même chez les individus qui ont éprouvé un commencement d'amaigrissement. Il n'y a pas de différence sous ce rapport entre le côté droit et le côté gauche. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même chez un certain nombre de phthisiques. Notons également, et dans le même but, que dans l'état normal la portion des parois thoraciques comprise entre le mamelon et la clavicule représente une surface convexe légèrement inclinée du côté de la clavicule. La convexité de cette surface est la même des deux côtés ou du moins n'offre aucune différence sensible.

Dans l'état normal, les deux épaules sont à la même hauteur; dans l'une des trois positions du corps dont j'ai parlé précédemment à propos de l'inspection, même chez les individus d'un embonpoint très ordinaire, les régions sus-claviculaires sont à peine représentées par une très légère dépression. Cette dépression ne dépasse pas d'une ligne à une ligne et demie ou deux lignes le niveau du plan

qui serait tiré du bord de la clavicule au bord correspondant du muscle trapèze.

Il est impossible, comme je l'ai déjà dit dans l'article précédent, d'exprimer par un chiffre ou des termes précis l'état des mouvements partiels des côtes. La clinique seule peut apprendre, sous ce rapport, à poser une limite juste entre l'état normal et l'état morbide. Disons seulement que, dans l'état normal, on voit un mouvement partiel des côtes, très sensible, avoir lieu dans les régions sous-claviculaires chez les individus qui ne sont pas trop chargés d'embonpoint, et ce mouvement être égal des deux côtés.

M. Woillez conclut de ses observations « que les cas de configuration régulière de la poitrine sont plus fréquents de 15 à 30 ans, qu'à toute autre période d'âge plus avancée ; et qu'ils le deviennent de moins en moins, à mesure qu'on approche de la vieillesse, à partir de 31 ans. Je n'ai rencontré de poitrine bien conformée, dit-il, chez aucun des sujets âgés de plus de 60 ans (1). » Sur 197 individus observés, il n'en a trouvé que 41 dont la poitrine fût bien conformée (2). Ce résultat dépend de ce que M. Woillez range parmi les dispositions anormales de la poitrine, non-seulement toutes les modifications de forme et de volume que peuvent produire les maladies des organes thoraciques ou abdominaux, mais encore toutes les anomalies que la poitrine de l'enfant peut présenter au moment de sa naissance, et qui se conservent dans la suite. Il nomme ces dernières *hétéromorphies physiologiques*, et les premières *hétéromorphies pathologiques*. Il donne pour caractère fondamental des hétéromorphies physiologiques le résultat négatif que fournissent l'auscultation et la percussion vis-à-vis des points qu'elles occupent. Toutefois, il fait remarquer, avec raison, que des maladies accidentelles, indépendantes de ces altérations primitives de la forme ou du volume du thorax, capables de fournir

(1) Ouvrage cité, p. 288. — (2) *Idem*. p. 287.

des résultats différents d'auscultation et de percussion, pourraient avoir pris naissance au niveau des points occupés par ces déformations de la poitrine (1). Parmi les hétéromorphies physiologiques partielles indiquées par M. Woillez, il n'en est aucune qui puisse simuler la déformation partielle que nous aurons à signaler comme signe de la phthisie; aussi n'avons-nous point à nous en occuper à propos de notre sujet.

D'après les observations de M. Woillez, les individus *gauchers* présentent une saillie de la région antérieure gauche de la poitrine, le plus ordinairement assez prononcée pour que la clavicule de ce côté soit un peu moins saillante que celle du côté opposé. Cette saillie paraît être formée par l'hypertrophie des parties molles seulement (2); tandis que le développement plus considérable du côté droit de la poitrine chez les *droitiers*, c'est-à-dire chez la presque totalité des individus, tient réellement à la plus grande capacité de cette portion de la cage osseuse thoracique. C'est que, dans un cas, la différence de volume entre les deux côtés du thorax est déterminée par la différence de volume entre les deux poumons; tandis que, dans l'autre, elle est le résultat du développement plus considérable du système musculaire d'un côté. Il résulte de là ce précepte : que, dans l'examen d'un individu que l'on soupçonne atteint de phthisie pulmonaire, on doit tenir compte, dans l'analyse fournie par l'inspection, de cette déformation de la poitrine causée par l'exercice spécial du membre supérieur gauche. L'effacement de la légère dépression normale de la région sous-claviculaire gauche, qui en résulte ordinairement, pourrait faire croire à une dépression morbide de la région sous-claviculaire droite et influencer ainsi le jugement que l'on porterait sur l'existence ou la non-existence d'une phthisie; mais

(1) Ouvrage cité, p. 358 et 359.

(2) Ouvrage cité, p. 310, 311, 312, 377.

l'erreur sera facile à éviter, parce que le toucher fera reconnaître la nature de l'augmentation de volume du côté gauche antérieur de la poitrine, et parce que l'auscultation et la percussion, pratiquées au niveau de la région antérieure-supérieure droite, ne fourniront qu'un résultat négatif.

On peut établir en fait, d'après mes observations, que le développement du sommet de la poitrine, comparativement à la base de cette cavité, est d'autant plus considérable que les systèmes musculaire et osseux sont plus développés, ce dernier surtout, dans le sens de l'épaisseur, et que l'individu s'éloigne davantage des conditions de constitution qui prédisposent à la phthisie. La circonférence du sommet diminue, au contraire, de plus en plus, comme nous le verrons tout à l'heure, à mesure qu'on s'éloigne davantage des conditions précédentes.

Tels sont les principaux faits que l'inspection et la mensuration font constater chez les individus à poitrine saine et bien conformée. La connaissance de ces faits était indispensable à l'étude que nous allons faire des signes que ces deux moyens d'investigation peuvent fournir au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire.

III. Altérations de forme, de volume et de mouvements de la poitrine qui peuvent servir de signes dans le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire.

Altération de la forme générale et du volume de la poitrine.

Un des faits généraux mis le plus en évidence par l'observation, est que le diamètre transversal de la poitrine tend de plus en plus à diminuer chez les phthisiques; et que, par suite, le thorax prend chez eux, d'abord une forme cylindrique, et plus tard la forme d'un prisme à angles arrondis, ce qui lui donne dans les derniers temps quelque ressemblance avec la poitrine des oiseaux. Ces changements s'accom-

plissent surtout sur la partie supérieure de la poitrine, ce qui fait que, lorsqu'on cherche à apprécier le rapport qui existe entre le sommet et la base de cette cavité pour leur développement relatif, on constate, dans le cours de la phthisie, que la circonférence du sommet diminue successivement par rapport à la circonférence de la base. MM. Hirtz (1) et Woillez (2) sont arrivés aussi à ce résultat, mais par des routes différentes : l'un a trouvé que la poitrine se rétrécissait successivement par la diminution de son diamètre transversal, et il ne s'est point occupé du changement de rapport survenu entre la base et le sommet (3); l'autre n'a envisagé que ce dernier fait, et a négligé le premier (4). En parcourant à la fois les deux routes, j'ai pu voir la liaison entre ces deux faits et les réunir dans un seul principe. Ainsi, les changements qui ont lieu dans la forme générale et le volume de la poitrine des phthisiques ont leur siége spécial sur son sommet : ils consistent dans un rétrécissement successif de cette cavité, qui en même temps prend une forme prismatique; ces changements se manifestent par le développement successif de rapports inverses aux rapports normaux dans les diamètres horizontaux de la poitrine. Voyons maintenant dans quel rapport ces changements se trouvent avec la phthisie, quelle peut être leur valeur diagnostique, et plus loin nous rechercherons le mécanisme intérieur de leur développement. Nous chercherons aussi à résoudre la question de savoir si ces changements sont cause ou effet de la phthisie.

Le *rétrécissement uniforme* des parties supérieures de la poitrine peut être antérieur ou postérieur au développement

(1) Thèse, etc., p. 8.
(2) Ouvrage cité, p. 342.
(3) Ouvrage cité, 347.
(4) Thèse de M. Hirtz, p. 9 et 10.

des tubercules pulmonaires. Dans le premier cas, il indique une prédisposition à la formation de ces tubercules; dans le second cas, il marque leur présence, car il n'en est lui-même qu'un effet. On distingue le rétrécissement qui n'est encore qu'un indice de prédisposition, du rétrécissement qui est signe d'un développement accompli, à la présence ou à l'absence des signes que nous assignerons aux première, deuxième et troisième phases de la première période de la phthisie (Voyez chap. XII). Ces signes existeront toujours quand les tubercules déjà développés auront été capables de produire le rétrécissement consécutif dont il est question; et on devra croire que le rétrécissement uniforme observé ne correspond encore qu'à une simple prédisposition au développement des tubercules pulmonaires, quand on ne saisira aucune trace des signes de la première période de la phthisie. Mais on ne peut pas, à cette première période, juger d'une manière absolue, et sur les seuls caractères offerts par ce rétrécissement, si déjà il y a ou s'il n'y a pas encore infiltration tuberculeuse des poumons. C'est là qu'est l'erreur que j'ai combattue à la page 580. La mensuration nous dit d'une manière générale que le développement de tubercules dans les poumons peut être précédé ou suivi d'un rétrécissement de la cavité thoracique; mais les procédés sur lesquels elle se fonde ne sont pas assez précis, les rapports qui établissent sa valeur ne sont pas régis par des lois assez constantes, les circonstances qui environnent son application sont trop variables, pour qu'à elle seule elle puisse décider si le rétrécissement qu'on observe est antérieur ou postérieur au développement de l'affection. Bien entendu que je me renferme ici dans l'histoire de la première période de la phthisie pulmonaire; car, à la deuxième et troisième périodes, le rétrécissement peut être tellement considérable que, toute autre causalité étant écartée, la mensuration puisse, sur le degré même de ce rétrécissement,

prononcer, non pas encore avec certitude, mais avec grande probabilité, qu'il existe une phthisie. Mais à quoi nous sert ce jugement à une époque où tant d'autres signes, beaucoup plus certains, peuvent conduire au but désiré.

Ainsi, l'auscultation est une pierre de touche sur laquelle nous reconnaissons la valeur précise et locale de l'inspection et de la mensuration, qui, avant cette épreuve, n'avaient qu'une valeur générale, capable, il est vrai, d'exciter le soupçon très fondé d'un fait à venir ou d'un fait présent, mais impuissante à faire décider entre ces deux choses, et à faire juger le degré précis de l'accomplissement du fait, quand il a lieu. On pressent le principe qui découle de ces faits, principe qui consacre dans les symptômes une valeur absolue et une valeur relative, principe que je développerai plus loin, et qui a pour conséquence le précepte : d'appliquer à un malade tous les moyens d'investigation dont on dispose, et de faire ensuite des rapprochements entre les divers résultats qu'ils ont fournis.

J'ai dit, en commençant l'exposé de ce sujet, que la poitrine considérée dans son ensemble, chez un malade phthisique, se rétrécissait successivement et quittait sa forme primitive pour une forme assez semblable à celle de la poitrine des oiseaux. Mais ces changements comprennent toute la durée de la phthisie pulmonaire, et ne sont aussi prononcés que le suppose la forme indiquée, qu'à sa troisième période. La marche de ces changements est d'abord lente, et elle devient d'autant plus rapide que le dernier terme de l'affection approche davantage. Il en résulte que ces changements doivent être peu prononcés à la première période, et c'est en effet ce que prouve l'observation. Mais, à ce propos, il est une distinction importante à établir : si le rétrécissement et la déformation de la poitrine sont antérieurs au développement de la phthisie pulmonaire, ils pourront se trouver beaucoup plus prononcés que s'ils sont consécutifs à ce

développement. Cette différence entre les deux sera d'autant plus grande que la comparaison sera établie entre eux à une phase moins avancée de la première période. La raison de cette différence est bien simple : le rétrécissement consécutif au dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons est le résultat de l'atrophie que l'organe a subie, et du mouvement de retrait qu'a exécuté la paroi thoracique pour s'accommoder au nouveau volume du poumon qu'elle circonscrit; or, l'atrophie de l'organe suppose une infiltration considérable, et, par conséquent, le rétrécissement de la poitrine consécutif à cette atrophie ne peut être sensible qu'à une époque de la première période de la phthisie déjà assez éloignée du début. Il n'en est pas de même du rétrécissement primitif, car il peut être déjà arrivé à un degré assez marqué quand a lieu le début de la maladie locale. Ainsi, la valeur diagnostique du rétrécissement et de la déformation de la poitrine est essentiellement différente suivant que leur apparition est antérieure ou postérieure au développement des tubercules pulmonaires, et suivant le moment de la première période de la phthisie auquel l'observateur se trouve appelé à prononcer son jugement. A une première phase (c'est-à-dire à l'époque où les autres signes feront supposer qu'on est encore à la première phase), si on observe un rétrécissement et une déformation de la poitrine, ils ne pourront être que primitifs, et leur valeur, tout entière renfermée dans la question de prédisposition, se bornera à donner un peu plus de consistance au soupçon que l'on avait conçu, mais ne pourra pas le faire juger. A une seconde phase, le résultat sera le même si la déformation est assez prononcée, parce qu'alors elle ne pourra encore être que primitive; si la déformation est très peu marquée et bornée au sommet de la poitrine, on pourra penser qu'elle est consécutive, mais sa valeur ne s'étendra guère au delà des limites précédentes. Enfin, dans la troisième phase, on

pourra croire que cette déformation est en rapport avec une tuberculisation actuellement existante, et s'en servir pour résoudre par l'affirmative la question laissée douteuse par les autres signes. On a un autre moyen, d'ailleurs, de juger si la déformation que l'on observe est primitive ou consécutive : primitive, elle est presque toujours unie aux conditions de constitution et d'hérédité que nous avons considérées comme causes prédisposantes de la phthisie; consécutive, elle est indépendante de ces conditions, et coïncide quelquefois avec des circonstances tout à fait contraires.

Le rétrécissement et la déformation de la poitrine qui ont précédé le dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons continuent de s'accroître quand ce dépôt s'est effectué, et suivent, dès ce moment, la même marche que la déformation et le rétrécissement consécutifs, c'est-à-dire, s'accroissent de plus en plus rapidement à mesure que l'on se rapproche davantage du terme fatal de la maladie. Le rétrécissement et la déformation primitifs, développés d'abord sous la seule influence de la cachexie générale qui influençait l'être tout entier, doivent ensuite la persistance de leur développement et leur accroissement accéléré à la double influence de la cachexie tuberculeuse sans cesse augmentée, et de l'atrophie dont le poumon devient le siége, par suite de son infiltration tuberculeuse.

Le rétrécissement et la déformation de la poitrine sont bien loin d'exister chez tous les sujets phthisiques. On ne les observe pas chez la plupart des sujets adultes dont la phthisie suit une *marche très rapide ;* et cela par deux raisons qui s'enchaînent l'une à l'autre : parce que la plupart des sujets adultes dont la phthisie suit une *marche très aiguë* n'y étaient point ou n'y étaient que très médiocrement prédisposés par leur constitution primitive, et que dès lors la déformation ne pourrait être chez eux

que consécutive. Or, dans la marche très aiguë, cette déformation n'a pas eu le temps de se manifester d'une manière sensible, que déjà, le plus souvent, le malade a succombé à l'intensité des phénomènes généraux et des phénomènes d'asphyxie qui accompagnent cette variété de la phthisie. Quelquefois même ces malades conservent au moment de la mort un certain degré d'embonpoint, qui nuit toujours, comme on le sait, à l'appréciation des caractères morbides fournis par l'inspection et la mensuration. La même circonstance se présente, en général, à la première période de la phthisie, et cette raison est une de celles qui diminuent la valeur de ces moyens d'investigation, quand on les applique à cette période.

Le rétrécissement et la déformation primitive n'existent pas chez tous les malades qui sont, par leur constitution et par leurs conditions d'hérédité, bien évidemment prédisposés à la phthisie. Chez un grand nombre de ces individus, la poitrine est médiocrement mais régulièrement développée. C'est encore le même résultat négatif, chez la presque totalité de ceux qui sont placés hors de ces influences de prédisposition; la déformation et le rétrécissement consécutifs sont les seuls qu'on observe chez cette classe de malades; encore manquent-ils assez souvent, même chez ceux dont la phthisie n'affecte pas la marche aiguë. En résumé, nous voyons que les altérations de volume et de forme générale de la poitrine sont tantôt antérieures au développement des tubercules pulmonaires, et sont alors l'une des formes sous lesquelles se manifeste la prédisposition générale à la phthisie; tantôt postérieures à ce développement, dont elles sont alors un des effets; elles sont plus fréquentes dans le premier cas que dans le second, et, en somme, paraissent ne se manifester d'une manière bien sensible que sur le quart ou le tiers tout au plus des phthisiques. Celles qui précèdent le dépôt de la matière tuberculeuse paraissent être congé-

niales, et annoncent une prédisposition toute spéciale et très puissante à ce que le travail de tuberculisation, qui est en imminence dans toute l'économie, se localise dans les poumons. Leur valeur diagnostique est subordonnée à leur degré de développement ; mais, dans tous les cas, elles ont une valeur d'actualité, si elles se trouvent réunies aux signes d'auscultation du début de la phthisie pulmonaire ; dans le cas contraire, elles doivent seulement inspirer une crainte pour l'avenir. Celles qui sont consécutives au dépôt de la matière tuberculeuse dans le tissu des poumons ne sont en général assez développées pour prêter au diagnostic une valeur affirmative, qu'à la troisième phase de la première période de la phthisie; jusque-là elles ne peuvent que donner un peu plus de poids au soupçon que d'autres circonstances ont fait naître. Le développement normal et la bonne conformation de la poitrine chez un individu qui, sous d'autres rapports, annoncerait quelque prédisposition aux affections tuberculeuses, ou chez un sujet dont la constitution, les antécédents, les circonstances d'hérédité, éloigneraient cette pensée, ne pourraient pas, d'une manière absolue, faire rejeter l'existence d'une tuberculisation des poumons, mais seraient une raison de quelque valeur contre cette existence. Je ne pense pas que, dans l'état actuel de la science, on puisse mettre entre les mains des praticiens une mesure précise, à l'aide de laquelle on puisse dire : *en deçà est le chiffre normal de la circonférence de la poitrine ; ce qui est au delà rentre dans l'état morbide.* Il en résulte que, malgré la précieuse indication générale qui nous est fournie par la mensuration de la poitrine, pratiquée comparativement aux diverses périodes de la phthisie, ce moyen d'investigation ne peut réellement nous fournir aucune donnée positive et précise sur le degré et sur l'existence de la première période de cette affection. C'est à l'inspection, éclairée par l'habitude, par l'expérience, par la comparaison des

divers états de la poitrine dans les différentes conditions, d'âge, de sexe, de constitution, d'embonpoint, de maladies, qu'il appartient de prononcer sur les altérations de forme et de volume existantes, sur leur degré absolu ou relatif et sur leur plus ou moins de valeur diagnostique. Ce serait, je crois, passer les bornes du vrai que d'aller plus loin.

J'ai dit précédemment que l'auscultation, telle que je l'ai présentée dans l'article premier de ce chapitre, était la pierre de touche sur laquelle devait être jugée la valeur diagnostique des altérations de forme et de volume de la poitrine dans la première période de la phthisie, et que ces altérations ne pouvaient dès-lors être considérées comme ayant une valeur absolue dans le diagnostic de cette période : cela est si vrai, qu'on voit des individus présenter à un degré très marqué le rétrécissement et la déformation dont il est question, et cependant, selon toutes les apparences, n'être pas phthisiques. Cette circonstance n'a pas échappé aux observateurs ; M. Woillez en cite deux exemples dans ses relevés d'observations (1). J'ai dit aussi que le rétrécissement et la déformation de la poitrine, dans le sens indiqué, annonçaient une prédisposition très puissante à ce que le travail de tuberculisation, qui est en imminence dans toute l'économie, se concentre bientôt sur la poitrine ; ici encore mon observation est appuyée par les résultats statistiques de M. Woillez : cet observateur dit (2) que ces altérations « sont bien plus fréquentes de 16 à 20 ans que dans les âges suivants ; » et il fait remarquer avec raison que cette plus grande fréquence ne dépend pas de l'âge lui-même, mais bien de ce que les phthisiques qui présentent ces altérations ne dépassent guère la 20e année.

On a remarqué que j'avais toujours présenté réunis et non pas isolés les deux faits du rétrécissement et de la

(1) Ouvrage cité, p. 347.
(2) Ouvrage cité, p. 345 et 346.

mauvaise configuration de la poitrine, comme signes de phthisie. C'est qu'en effet la valeur de ce signe est tout entière dans la réunion de ces deux circonstances. On voit souvent des individus à poitrine étroite mais bien conformée chez lesquels tout éloigne la pensée d'une phthisie; et souvent, dans les amphithéâtres, on confirme, par l'examen direct, ce qui n'avait pu être qu'une grande probabilité du vivant des individus. On constate que la plupart des phthisiques dont la poitrine est régulièrement *conformée* ne présentent pas non plus de *rétrécissement général* de cette cavité, et que ces deux ordres d'altérations sont toujours réunis dans les cas de phthisies confirmées où on les observe. L'observation et la comparaison des faits ont aussi conduit M. Woillez au même résultat (1). Quand on examine la poitrine des individus que l'on soupçonne de phthisie, on doit donc avoir présente à l'esprit la nécessité de coexistence de ces deux ordres d'altérations.

L'amaigrissement progressif qui s'observe chez les malades phthisiques concourt bien un peu aux changements de forme et de volume que présente chez eux la poitrine, mais il n'en est pas la seule cause; ces changements portent sur la portion osseuse elle-même de la cavité thoracique. L'amaigrissement, la diminution des parties molles, rendent plus sensibles les changements éprouvés par les parties dures ou osseuses de la poitrine.

Il existe, entre le rétrécissement et la déformation de la poitrine qui précèdent ou bien qui suivent le dépôt de tubercules dans les poumons, une différence importante et le plus souvent facile à apprécier, qui est la suivante: le rétrécissement et la déformation thoraciques, quand ils précèdent le développement des tubercules, se présentent au même degré dans les deux côtés de la poitrine et dans toute sa hauteur, mais en décroissant d'une manière

(1) Ouvrage cité, p. 484.

assez régulière de haut en bas. Dans le cas, au contraire, où ils ne sont que consécutifs au développement des tubercules, et effets médiats de leur présence dans les poumons, on les voit ordinairement se concentrer particulièrement sur un côté de la poitrine (celui qui correspond au maximum de l'infiltration tuberculeuse), et sur le sommet de ce côté.

La différence naturelle entre le côté droit et le côté gauche de la poitrine, sous le rapport de leur volume, est moins facile à constater chez les individus prédisposés à la phthisie, qui présentent la déformation générale et le rétrécissement *primitifs* dont il a été question précédemment, que chez les individus sains, à poitrine bien développée et bien conformée.

Déformations partielles de la poitrine.

A côté du rétrécissement et de la déformation thoraciques qui précèdent le dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons, nous avons reconnu qu'un rétrécissement et une déformation à peu près semblables pouvaient, dans certaines circonstances dont nous avons fait pressentir la rareté, se manifester sur des poitrines primitivement bien conformées et bien développées, comme effets de la tuberculisation déjà existante. Nous avons vu que la déformation consistait dans la diminution successive du diamètre transversal, et que ces deux altérations, toujours réunies, avaient surtout leur siége sur les parties supérieures de la poitrine. Nous avons remarqué que celles de ces altérations qui étaient seulement consécutives à la tuberculisation, étaient ordinairement, à la différence des autres, plus prononcées sur l'un des côtés, et plus spécialement concentrées sur le sommet de la poitrine. Nous avons maintenant à faire connaître une déformation partielle de la poitrine, qui a son siége dans les régions antérieures et supérieures, et qui ne diffère des déformations générales consécutives que nous venons d'a-

nalyser que par sa localisation exclusive dans un point limité de la poitrine.

On voit, en effet, chez un certain nombre de phthisiques, les régions sus et sous-claviculaires, mais sous-claviculaires surtout, devenir le siége d'une dépression qui augmente successivement à mesure que la maladie fait des progrès, et qui, dans le plus grand nombre des cas, est plus prononcée d'un côté que de l'autre. Celui des deux côtés dans lequel elle est le plus sensible correspond au maximum de l'altération. Cet affaissement des régions sous-claviculaires s'étend quelquefois jusque près du mamelon, et alors on remarque que la région thoracique antérieure et supérieure de l'un des côtés est comme aplatie, comparativement à celle du côté opposé. La déformation que je signale n'a encore été reconnue par les observateurs que pour la troisième période de la phthisie. On a parlé de l'affaissement sous-claviculaire qui correspond aux cavernes du sommet des poumons (1), mais on n'a point décrit celui qui peut survenir à une période moins avancée. Il est cependant incontestable qu'au niveau du sommet d'un poumon dans lequel il n'existe pas encore de cavernes, dans lequel tout au plus les tubercules commencent à se ramollir, ou sont même tout-à-fait à l'état cru, il peut se former une dépression très sensible et tout-à-fait anormale dans la région sous-claviculaire correspondante. J'ai un bon nombre d'observations, recueillies avec soin, qui ne peuvent laisser aucun doute sur ce fait. Mais je dois dire que, dans tous les cas que relatent ces observations, le sommet du poumon, au niveau duquel la dépression sous-claviculaire avait lieu, était emprisonné par une épaisse et ancienne fausse membrane qui l'unissait intimement au sommet de la cavité thoracique. Le plus ordinairement, l'affaissement s'est trouvé en rapport avec le degré d'épais-

(1) Laënnec, *Auscult. médic.*, édition de 1837, p. 61. — Idem. Note de M. Andral (même page).

seur et d'ancienneté de la fausse membrane, de telle sorte que cette dernière paraît jouer un rôle fort important dans la production de l'affaissement sous-claviculaire dont il s'agit. J'aborderai plus loin la discussion de cette question; je me borne dans ce moment à constater le fait. Lorsque l'affaissement de la région sous-claviculaire s'étendait jusque près du mamelon, sous forme d'un aplatissement de la région thoracique antérieure et supérieure, on trouvait à l'autopsie que la fausse membrane, au lieu de se borner à coiffer le sommet du poumon, revêtait une plus grande étendue de sa surface. Dans toutes celles de nos observations où il a été possible de suivre la marche de cette déformation, nous avons vu la dépression sous-claviculaire (dont les premières traces avaient apparu quand la tuberculisation était encore à l'état cru, mais réunie en masse assez considérable) se prononcer de plus en plus à mesure que la maladie faisait des progrès, et offrir son maximum de développement quand de larges cavernes s'étaient creusées dans les sommets des poumons. Dans aucun cas, nous n'avons vu d'affaissement sous-claviculaire bien constaté coexister avec une légère infiltration de tubercules, sans fausse membrane autour du sommet du poumon. Toujours, quand l'affaissement était sensible et les tubercules encore à l'état de crudité, le sommet du poumon était fortement induré, infiltré d'une quantité assez considérable de tubercules et coiffé d'une fausse membrane fibro-celluleuse ou fibreuse, qui, elle-même, le plus souvent, était le siége d'une infiltration tuberculeuse miliaire. Ainsi, dans les cas ordinaires, c'est seulement vers la fin de la première période de la phthisie, ou bien lorsque les tubercules, encore crus, sont en très grand nombre, que ce signe peut concourir au diagnostic de cette première période; toutes les fois qu'il se montrera, on peut annoncer, d'une manière à peu près sûre, que la tuberculisation est considérable, si elle est encore à l'état

cru, ou bien qu'elle est sur le point de passer de la première à la deuxième période, si déjà elle n'a effectué ce passage, ou si même elle n'en est arrivée à la troisième période. C'est aux autres signes locaux qu'il appartient de décider si elle a franchi l'une ou l'autre de ces limites. La règle de diagnostic que je trace ici s'applique à presque tous les cas où la fausse membrane qui coiffe le sommet du poumon, fausse membrane épaisse et dense, est un effet de la présence des tubercules; or, ces cas composent la règle générale. Une seule exception se présente à cette règle: c'est le cas où une fausse membrane épaisse, coiffant le sommet du poumon, aurait préexisté au développement de la tuberculisation, ou bien aurait succédé à des pleurésies successives, provoquées par la présence de quelques tubercules excentriques et stationnaires dans leur développement; alors la déformation de la paroi thoracique pourrait être très manifeste, et la phthisie pulmonaire, jugée dans ce cas par les symptômes généraux, être seulement à son début (1). Les cas exceptionnels dont je parle ont été observés à la suite d'épanchements pleurétiques résorbés, qui ont laissé sur la surface du poumon et de la plèvre pariétale une fausse membrane plus épaisse et plus persistante sur le sommet du poumon que sur le reste de son étendue. Ce cas est même moins rare qu'on ne se l'imagine. C'est la seule circonstance dans laquelle un affaissement sous-claviculaire assez marqué correspond à une phthisie commençante. Ce fait est pour nous la preuve évidente que l'affaissement sous-claviculaire est dû au moins autant à la présence de la fausse membrane épaisse qui coiffe le sommet des poumons, qu'à la présence des tubercules dans le tissu de ces organes.

On peut mesurer assez exactement le degré de la dépression sous-claviculaire en tendant, du milieu de la clavicule

(1) On en trouve un assez bel exemple dans l'observation que j'ai citée à la fin du chap. XII de cette 2e partie.

au mamelon, un lien qui forme ainsi la corde de l'arc représenté par la concavité de la région sous-claviculaire. La distance comprise entre l'arc et sa sous-tendante est la mesure de la déformation dont il s'agit; mais, le plus ordinairement, il suffit de la simple vue pour juger assez exactement si cette dépression existe, et quel est son degré comparatif à droite et à gauche, ou même son degré absolu. Mais ce dernier jugement est souvent sujet à erreur, à cause des différences individuelles. Certaines circonstances, indépendantes de l'état des poumons, pourraient, si l'on n'y prenait garde, favoriser cette erreur. C'est ainsi que certains individus, soit par la position à laquelle les oblige leur profession, soit par suite seulement d'une mauvaise habitude, tiennent ordinairement une épaule un peu plus élevée que l'autre, et placée sur un plan un peu plus antérieur, ce qui rend plus saillante la clavicule correspondante. C'est ainsi que la clavicule est ordinairement un peu moins saillante et les dépressions sus et sous-claviculaires un peu moins marquées du côté vers lequel s'est produite une déviation vertébrale; par exemple, la région dorsale de l'épine est-elle déviée de gauche à droite, les régions sus et sous-claviculaires droites seront presque de niveau avec la clavicule, tandis que du côté opposé, elles seront assez fortement déprimées. (Au moment où j'écris ces lignes, j'ai sous les yeux un exemple frappant du fait que j'expose, sur une jeune fille de 18 ans.) Il suffit d'être averti pour qu'on soit à l'abri de l'erreur que pourraient entraîner les faits analogues à celui que je viens de citer.

Altération de mouvement des parois thoraciques.

Nous avons, à propos de la palpation, distingué deux ordres de mouvements aux parois thoraciques : 1° les mouvements de totalité, par lesquels le thorax se soulève dans l'inspiration et s'abaisse dans l'expiration, comme s'il était

composé d'une seule pièce ; 2° les mouvements partiels par lesquels on voit les côtes s'éloigner les unes des autres et s'élever dans le premier temps, se rapprocher et s'abaisser dans le second.

Les mouvements de totalité ne subissent, dans le cours de la phthisie pulmonaire, aucune altération qui mérite d'être décrite. C'est sans doute parce que Laënnec (1) s'en est tenu à l'examen de cette classe de mouvements, qu'il a dit que l'on ne rencontrait aucune inégalité manifeste et constante dans les mouvements des deux côtés du thorax des phthisiques, et que chez eux l'inspection des mouvements ne pouvait montrer autre chose, sinon que la respiration est gênée.

Mais il n'en est pas de même des mouvements partiels. Toutes les fois qu'on observe à un degré sensible l'affaissement sous-claviculaire que nous venons de décrire, on peut constater, au niveau de cet affaissement et dans ses limites, une diminution sensible aussi des mouvements partiels des côtés de cette région. Il y a ordinairement rapport direct entre le degré de cette diminution des mouvements partiels et le degré de l'affaissement sous-claviculaire. La diminution des mouvements partiels des côtes se constate par l'inspection comparative des régions antérieure et supérieure des deux côtés de la poitrine ; et cette comparaison est facile, car, dans la très grande majorité des cas, l'altération porte beaucoup plus sur un côté que sur l'autre. Il en est de même des altérations de formes partielles et générales *consécutives*, que nous avons décrites dans les paragraphes précédents. Dans nos observations, c'est le côté droit qui est le plus souvent le siége de ce maximum des symptômes recueillis par l'inspection et par la mensuration, comme aussi des symptômes fournis par les autres moyens d'investigation. A

(1) Auscult. médic., édit. d'Andral, t. 1, p. 28 et 29. M. Hirtz a obtenu le même résultat. Voyez sa thèse, page 11.

ce propos, je ferai remarquer, avec M. Woillez (1), que cette circonstance est avantageuse au diagnostic, parce que le côté droit étant, dans l'état normal, un peu plus développé que le côté gauche, l'affaissement des parois thoraciques est plus exactement apprécié à droite qu'à gauche; attendu que, dans le premier cas, il fait disparaître une différence naturelle à laquelle l'œil était accoutumé; tandis que, dans le second cas, il ne fait qu'augmenter un peu cette différence, en laissant quelquefois du doute sur la véritable cause, normale ou morbide, de la différence que l'on observe.

Je n'ai constaté, d'une manière bien sensible, la diminution des mouvements partiels de la poitrine, que dans les cas de dépression sous-claviculaire. Je me suis assuré, chez les sujets qui présentaient le rétrécissement et la déformation générale de la poitrine que j'ai appelés *primitifs*, que les mouvements partiels des côtés n'ont pas ép:ouvé de diminution sensible : il est vrai que là il faut juger d'une manière absolue, car l'altération est la même des deux côtés. Quant aux malades atteints de la déformation générale et du rétrécissement *consécutifs*, on constate bien, dans les parties supérieures de la poitrine principalement, et dans un côté plus que dans l'autre, des mouvements partiels remarquables par leur peu d'étendue ; mais la différence est trop peu marquée pour qu'on doive, dans ce cas particulier, avoir une grande confiance dans ce signe. C'est que les déformations consécutives générales ne sont pas proportionnellement aussi prononcées que les dépressions sous-claviculaires.

Si l'on était exposé à juger d'une manière absolue les mouvements partiels du sommet de la poitrine, également diminués à droite et à gauche, on ne devrait pas oublier que,

(1) Ouvrage cité, pages 377 et 380.

dans l'état normal, ces mouvements partiels sont fort étendus chez l'enfant et très peu chez le vieillard.

Les mouvements partiels des côtés du sommet de la poitrine vont successivement en diminuant à mesure que la maladie accomplit ses périodes. M. Clark est le seul observateur qui ait remarqué et décrit avec précision l'altération de mouvement que je signale ici (1). Il indique surtout fort exactement ce qu'elle est à la troisième période de la phthisie: « Les régions sous-claviculaires, dit-il (2), sont presque immobiles pendant la respiration; et, lorsque le malade essaie de faire une inspiration profonde, la partie supérieure du thorax, au lieu de se dilater avec facilité, comme cela a lieu dans l'état de santé, semble fortement retenue immobile. »

La diminution des mouvements partiels des régions sous-claviculaires, de même que la dépression de ces régions, ne peuvent que concourir au diagnostic des époques les plus avancées de la première période de la phthisie. On ne peut indiquer d'une manière précise le chiffre de leur fréquence; mais on peut, je crois, poser en fait qu'elles sont appréciables chez le quart *environ* des sujets phthisiques au premier degré.

IV. Mécanisme de production des rétrécissements et des déformations générales et partielles de la poitrine chez les phthisiques.

Ces altérations sont-elles causes ou effets de la phthisie?

Une grande loi, une loi constante régit le rapport de volume qui doit exister, soit dans l'état normal, soit dans l'état morbide, entre les organes contenus et les cavités contenantes. Cette loi dit que quelles que soient les conditions de volume dans lesquelles se constitue un organe contenu, les parois qui le circonscrivent doivent suivre son accroisse-

(1) Traité de la consomption, p. 35.—(2) Idem, p. 38.—(3) Idem, p. 40.

ment ou son décroissement de volume. D'après cette loi, c'est l'organe contenu qui détermine la forme et le développement des parois contenantes, et non ces dernières qui règlent les conditions de volume et de forme de l'organe contenu.

A côté de cette loi, qui domine à la fois la physiologie et la pathologie, nous observons dans le sujet qui nous occupe un fait général, c'est que les rétrécissements et les déformations de la poitrine, chez les phthisiques, aboutissent en dernière analyse à un mouvement, soit partiel, soit général, de retrait des parois thoraciques vers l'axe central de chaque cavité thoracique; et, en vertu de la loi précédente, nous sommes autorisés à chercher dans le poumon lui-même, et non dans les parois thoraciques, la cause du mouvement de retrait de ces dernières.

Ce mouvement de retrait se présente dans deux circonstances essentiellement différentes: tantôt il précède le dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons, tantôt il ne se manifeste qu'à la suite de ce dépôt, et en est un effet médiat. Ces deux circonstances restent également soumises à la loi précédente, mais elles se produisent d'après un mécanisme différent.

1º Dans le premier cas, tout porte à croire que le rétrécissement et la déformation spéciale de la poitrine sont le résultat du développement incomplet du poumon, et que là, en grande partie, réside la prédisposition toute spéciale à la phthisie *pulmonaire* que présentent les individus chez lesquels on remarque ce rétrécissement et cette déformation. Maintenant, ce développement incomplet du poumon n'est-il lui-même qu'un effet du trouble dans lequel ont été jetés tous les mouvements organiques, par suite de la cachexie tuberculeuse que l'enfant apportée en naissant; ou bien, ce développement incomplet du poumon, né seulement sous l'influence d'une sorte d'aberration des lois ordinaires d'or-

ganogénésie, est-il devenu la cause immédiate de la cachexie tuberculeuse et de la prédisposition spéciale à la phthisie pulmonaire? La première de ces deux opinions me paraît plus vraisemblable que la seconde, et elle est appuyée par ce fait, que le rétrécissement et la déformation générale de la poitrine, et par conséquent le développement incomplet des poumons, ne se remarquent guère que chez les individus dont quelqu'un des parents est mort phthisique, ou dont tout l'habitus extérieur et les antécédents annoncent une prédisposition puissante et innée à la phthisie pulmonaire. Remarquons encore que ce rétrécissement et cette déformation générale de la poitrine sont extrêmement rares chez les individus qui ne sont pas phthisiques. Mais, d'autre part, il est naturel d'admettre que le développement incomplet du poumon, en diminuant l'efficacité de la respiration, doit nécessairement amener un trouble dans la nutrition; ce trouble suit nécessairement l'impulsion morbide communiquée par les prédispositions cachectiques de l'individu, et c'est ainsi qu'il est permis de concevoir que le développement incomplet du poumon peut, par lui-même, favoriser le développement de l'affection tuberculeuse générale. On comprend ensuite facilement comment l'espèce d'irritation continuelle dans laquelle le poumon se trouve placé, par le développement incomplet, et peut-être par l'exercice irrégulier de sa fonction, tend à appeler dans son tissu le travail de tuberculisation, qui est en imminence dans toute l'économie. Peut-être est-ce encore à cette circonstance qu'il faut attribuer cette si grande facilité à s'enrhumer que présentent les individus dont tout l'ensemble de constitution, et l'étroitesse, et la déformation de la poitrine amènent une grande prédisposition à la phthisie.

Ainsi, tout semble autoriser cette proposition: 1° Que l'étroitesse et la mauvaise conformation primitives de la poitrine, qu'on observe chez les individus prédisposés à la

phthisie, sont le résultat du développement incomplet des poumons; 2° Que ce développement incomplet des poumons, de même que l'ensemble des caractères extérieurs qui expriment la prédisposition à la phthisie, a pris naissance sous l'influence de ce trouble particulier des mouvements organiques que l'enfant a puisé dans le sein de ses parents, et qui n'est autre chose que la prédisposition même dont nous venons de parler; 3° Que ce développement incomplet du poumon peut, par lui-même et directement, accélérer les mouvements morbides que provoque cette prédisposition, et les appeler dans son tissu, en exerçant cette double influence par une double cause: par l'exercice incomplet de sa fonction et le trouble de nutrition qui en résulte; par l'état d'excitation continuelle qu'entretient dans son tissu cet exercice incomplet et gêné de la fonction qui lui a été départie. De cette manière, la prédisposition serait entretenue et multipliée par ses effets mêmes; et au moment d'allumer le travail de tuberculisation par lequel elle se convertit en fait, elle serait, encore par un de ses effets, déterminée dans le choix de l'organe (poumon) sur lequel elle se manifeste de préférence.

On voit par là ce qu'il faut penser de l'opinion des auteurs qui ont admis que la déformation et le rétrécissement primitifs de la poitrine, et que la phthisie pulmonaire qui vient à leur suite sont dus : le premier fait, à un arrêt de développement des parois costales; le second, à la compression que le poumon éprouve de la part des côtes, compression incessante, dit-on, parce que le poumon tend toujours à se développer, et que les parois costales y mettent toujours obstacle. Cette compression supposée n'existe pas; aucun fait ne la démontre, et tout la fait rejeter. L'élasticité du poumon tend continuellement à l'éloigner des côtes; et ce n'est pas, comme on le sait, la dilatation du poumon qui détermine par une pression centrifuge la

dilatation des parois thoraciques; c'est au contraire cette dernière, résultat de la contraction des muscles inspirateurs, qui provoque l'expansion pulmonaire. Or, le poumon, qui ne fait que suivre de près le mouvement de dilatation des côtes, ne peut point heurter contre elles par sa surface. La compression que suppose l'opinion que je combats n'existe jamais pour aucun organe de l'économie, à l'exception du cas où cet organe est devenu le siége d'un gonflement accidentel; et lorsque cette augmentation de volume permet au malade de vivre, on voit toujours, au bout d'un certain temps, l'organe réagir sur les parois qui le circonscrivent, seraient-ce même les parois du crâne, et celles-ci se constituer dans les conditions de capacité nécessaires au libre exercice de sa fonction. C'est ce qui arrive, par exemple, dans l'emphysème pulmonaire; s'il est un cas où l'on puisse admettre que le poumon est comprimé par les côtes, c'est certainement bien celui-là; et cependant il résulte des relevés comparatifs faits par M. Louis, sur les phthisiques atteints d'emphysème et sur ceux qui n'en sont point atteints, que la phthisie pulmonaire est moins fréquente chez les premiers (1). J'ai fait, dans les amphithéâtres des hôpitaux et de la faculté, un grand nombre d'ouvertures de cadavres chez des individus de tout âge, et en particulier chez des sujets qui offraient une grande étroitesse de la poitrine, et je n'ai jamais remarqué que leurs poumons parussent trop volumineux pour la capacité thoracique. D'autre part, on sait que lorsqu'un poumon a cessé de respirer, l'autre devient le siége d'une respiration supplémentaire, qu'il s'hypertrophie et augmente de volume, au point que, lorsqu'on ouvre la cavité thoracique correspondante, il fait hernie à travers l'espace intercostal que l'on a ouvert; on ne peut douter ici qu'il y ait eu compression (2), et cependant

(1) Mémoires de la Société médicale d'observation, t. 1, p. 180.

(2) Dans les cas de ce genre, il s'est écoulé trop peu de temps entre la

rien n'est plus rare que de trouver des tubercules dans de pareils poumons, à moins toutefois que l'épanchement pleurétique qui a annihilé la fonction de l'autre poumon ne fût le résultat d'une phthisie pulmonaire; mais, dans ce cas, les tubercules qu'on rencontre sur le poumon hypertrophié préexistaient à la compression qu'il a subie pendant un certain temps; ou bien, on trouve des tubercules sur le poumon emprisonné dans la fausse membrane, et on n'en trouve pas dans celui qui est libre, qui est obligé de suppléer le premier, et que l'on suppose être comprimé par la paroi costale. Laënnec, qui a décrit sous le titre d'hypertrophie du poumon le fait que je viens de rappeler, n'a point noté que les poumons ainsi hypertrophiés et comprimés fussent devenus le siége d'une tuberculisation (1). Ainsi, d'une part, la compression du poumon par les côtes, admise par les auteurs pour expliquer le développement des tubercules consécutif au rétrécissement congénial de la poitrine, n'existe pas, et d'autre part, l'analogie des cas, étrangers à la phthisie, dans lesquels on peut la supposer, ou de ceux dans lesquels on la constate, éloigne la pensée que cette seule compression des poumons par les côtes puisse déterminer la production de tubercules dans leur tissu. Tout au plus pourrait-on admettre que cette compression, en supposant qu'elle existe, soit une cause excitante du travail de tuberculisation, rendu imminent par la prédisposition générale aux formations tuberculeuses. Toutefois, la gêne considérable de fonction d'un poumon ou de tous les deux, gêne apportée à leur développement par une formation organique, telle qu'une épaisse fausse membrane, est capable, comme nous l'avons déjà dit (p. 437 et suivantes), non-

mort et le moment où le poumon a été exposé à augmenter de volume, pour que les parois thoraciques aient pu se dilater suffisamment et s'accommoder au volume du poumon de manière à ne pas le comprimer.

(1) Auscult. médiat., édit. d'Andral, t. 1, p. 342.

seulement de favoriser le développement d'une phthisie à laquelle le malade est originairement prédisposé, mais encore de développer directement, d'abord la prédisposition sans laquelle la tuberculisation ne saurait s'effectuer, et ensuite la phthisie pulmonaire, qui en est une conséquence. Nous allons revenir sur ce fait à propos des déformations de la poitrine consécutives au dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons.

Il y avait dyspnée congéniale chez trois des sujets phthisiques qui ont offert à M. Woillez l'étroitesse et la déformation thoraciques primitives. Cet observateur attribue à l'imperfection des mouvements mécaniques de la respiration (1) la dyspnée observée chez ces individus ; par les mêmes raisons que j'ai exposées précédemment, elle me semble devoir être plutôt attribuée au développement incomplet de la fonction, par suite du développement incomplet de l'organe ; ainsi se trouvent expliquées les dyspnées congéniales qu'accusent un certain nombre de phthisiques.

Il résulte de ce que nous venons de dire que le rétrécissement de la poitrine antérieur à la formation des tubercules est le résultat du développement incomplet des poumons (2). Quant à la déformation spéciale que nous avons décrite comme accompagnant ce rétrécissement (diminution du diamètre transversal, qui va quelquefois jusqu'à la prédominence du diamètre antéro-postérieur et à la forme prismatique de la poitrine), M. Woillez en a donné une explication qui me paraît avoir de la valeur : le système musculaire inspirateur, dit-il, fort peu développé chez les malades dont il s'agit et tendant sans cesse à dilater les parois thoraciques de dedans en dehors, du centre à la circonférence, lutte avec désavantage contre la force d'élasticité du poumon, qui tend au contraire à les entraîner dans un

(1) Ouvrage cité page 352.
(2) M. Hirtz s'est arrêté à la même pensée. Thèse, p. 17.

mouvement centripète. Or, cette puissance concentrique ou centripète, qui agit d'autant plus efficacement sur les parois thoraciques que la courbure des côtes est moins prononcée, s'exerce plus efficacement sur les parties latérales que sur la région antérieure des parois thoraciques; attendu que dans les premiers points, les poumons, organes essentiellement compressibles, offrent moins de résistance que le cœur, organe presque entièrement solide, n'en offre dans le second (1).

2° Le rétrécissement et la déformation générale que nous venons d'examiner sont antérieurs au développement des tubercules dans les poumons, et par conséquent ne peuvent en être l'effet. Mais, du moment que la tuberculisation s'est manifestée, cette double altération des parois thoraciques augmente beaucoup; et, cette fois, cette augmentation est un effet direct de la présence des tubercules. D'ailleurs, des déformations dont il n'y avait aucune trace avant l'apparition des premiers symptômes de la phthisie peuvent se manifester pendant le cours de ses diverses périodes, et en être, de même que les précédentes, des effets immédiats. Ces dernières déformations sont celles que nous avons désignées sous le nom de consécutives; elles peuvent, ainsi que nous l'avons dit, être bornées à la région sous-claviculaire, ou bien occuper, d'une manière assez régulière, une grande partie de la hauteur de la poitrine, ordinairement un peu plus prononcées d'un côté que de l'autre. Elles consistent les unes et les autres dans un retrait de la paroi thoracique vers l'axe central de chaque cavité thoracique, et dès lors dans un affaissement de ces parois. Je vais d'abord exposer les circonstances anatomiques dans lesquelles se rencontrent ces déformations; nous verrons ensuite quel est leur mécanisme de production.

A. Toutes celles de mes observations dans lesquelles se

(1) Ouvrage cité, pages 2 à 3; et 347 à 349.

trouvent constatés, à des degrés divers, l'affaissement des régions sous-claviculaires, nous présentent à l'autopsie les sommets des poumons recouverts d'une épaisse et ancienne fausse membrane qui varie depuis le degré cellulo-fibreux jusqu'au degré cartilagineux. Il y avait toujours rapport direct entre le degré de l'affaissement sous-claviculaire et l'épaisseur et l'ancienneté de la fausse membrane. Si l'affaissement n'existait que d'un côté, le sommet du poumon opposé n'était couvert que d'une fausse membrane de peu d'épaisseur et de peu d'ancienneté, ou qui consistait seulement dans des filaments celluleux; très rarement le sommet de ce poumon était-il libre. Le plus ordinairement, la fausse membrane correspondante au côté affaissé était infiltrée de tubercules miliaires et crus; et si on cherchait à la séparer de la surface du sommet du poumon sur lequel elle était appliquée, on observait qu'au-dessous d'elle le poumon était plissé profondément, et que la fausse membrane remplissait par de légers prolongements nés de sa surface les petits sillons qui résultaient de ces plissements. J'ai trouvé de ces sillons qui avaient jusqu'à un pouce de profondeur; lorsque ces plissements étaient détruits et la surface du sommet du poumon étalée, celui-ci était loin de pouvoir être contenu dans la calotte pseudo-membraneuse qui le circonscrivait et l'emprisonnait auparavant. Quand la fausse membrane s'étendait au-delà du sommet du poumon, on faisait les mêmes remarques sur les autres points de sa surface qu'elle recouvrait. La profondeur de ces plissements, et par conséquent le rapetissement de la partie correspondante du poumon étaient, en général, en rapport direct avec l'épaisseur et la densité, c'est-à-dire l'ancienneté de la fausse membrane. Ainsi, constatons que lorsqu'une fausse membrane se dépose sur la surface du poumon, elle détermine par sa rétraction des plissements nombreux et profonds sur cette surface; par suite, elle

entraîne le rapetissement considérable de la portion correspondante de l'organe, et maintient indéfiniment le sommet du poumon dans l'état d'atrophie où elle l'a placé, par l'obstacle insurmontable qu'elle apporte à sa dilatation. Il est rare que la fausse membrane qui coiffe le sommet du poumon, ou bien qui recouvre une partie plus inférieure de sa surface, n'adhère pas en même temps à la paroi thoracique. Dans tous les cas dont je viens de parler, le sommet du poumon était converti en un corps assez dense, assez solide, et était infiltré d'une quantité variable, mais le plus ordinairement assez considérable, de tubercules. L'infiltration tuberculeuse qui correspondait aux moindres degrés d'affaissement sous-claviculaire consécutif était, en général, déjà assez considérable pour que le diagnostic fait à cette époque ne pût pas avoir une grande influence sur la thérapeutique. Le plus souvent, dans ces cas là, les signes d'auscultation avaient précédé de long-temps les signes fournis par l'inspection. Tout portait à croire, dans ces cas, que les pleurésies partielles d'où étaient nées les fausses membranes étaient le résultat de la tuberculisation du poumon. Mais il m'est arrivé, chez des individus qui avaient présenté un affaissement assez marqué de l'une des régions sous-claviculaires, de ne trouver à l'autopsie que quelques tubercules crus, épars çà et là dans le sommet du poumon correspondant; une fausse membrane épaisse et dense coiffait ce sommet, et était souvent elle-même, dans ce cas plus que dans tout autre, infiltrée d'une quantité considérable de tubercules miliaires. On était conduit à penser, chez ces malades, que la tuberculisation était consécutive au développement de la fausse membrane; mais ce cas est assez rare. Quoi qu'il en soit, on y voit la preuve que l'affaissement des régions sous-claviculaires est le résultat du rapetissement du sommet du poumon par la fausse membrane, plutôt que par l'infiltration tuberculeuse; et comme preuve de

ce fait, je dois dire que je n'ai jamais trouvé d'affaissement sous-claviculaire sensible, dans les cas où le sommet d'un poumon tuberculeux était libre d'adhérences et de fausses membranes. On conçoit la raison de cette différence : l'affaissement sous-claviculaire n'a lieu qu'à la condition d'une diminution de volume assez marquée du sommet du poumon; or, cette diminution de volume est facilement produite par la fausse membrane, au moyen du plissement dont j'ai parlé précédemment; et, si elle peut être causée par les tubercules, ce que je crois avoir constaté, elle n'est pas assez marquée pour réagir d'une manière sensible sur la paroi thoracique. Si l'on compare entre eux trois sommets de poumons appartenant à des individus à peu près de même âge et de même force, l'un farci de tubercules crus et recouvert d'une fausse membrane épaisse, l'autre tuberculeux à peu près au même degré, mais sans fausse membrane, le troisième sain, on trouve entre eux une différence très sensible de volume; le premier est beaucoup plus petit que les deux autres, le second, quoiqu'un peu plus petit que le troisième, n'offre pas une différence de volume très sensible. Au reste, les cas dans lesquels un sommet de poumon est infiltré d'une quantité considérable de tubercules, sans avoir contracté des adhérences un peu épaisses avec la paroi thoracique, sont fort rares. Ainsi, reconnaissons comme une chose incontestable que la fausse membrane a plus de part que l'infiltration tuberculeuse à la production de l'affaissement sous-claviculaire, mais qu'on ne peut savoir d'une manière précise quel est le degré d'influence de l'infiltration tuberculeuse simple sur cet affaissement.

L'affaissement sous-claviculaire devient surtout fort considérable à l'époque où des cavernes se creusent dans les sommets des poumons. En examinant sous ce point de vue celles de mes observations qui sont suivies d'autopsie, on trouve constamment un rapport proportionnel entre l'étendue des

cavernes dont sont creusés les sommets des poumons et le degré de la dépression observée sous les clavicules. Laënnec (1) et M. Andral (2) ont constaté également cet affaissement des régions sous-claviculaires dans les cas de cavernes. Ce fait est assez commun, et facile à constater; je ne comprends pas qu'un observateur aussi exact que M. Woillez (3) en rejette l'existence, en disant que personne ne l'a vérifié depuis Laënnec. Il me serait facile de fournir au moins dix observations recueillies avec beaucoup de soin et de détails, dans lesquelles le fait qu'il conteste apparaît dans sa plus grande évidence.

B. Le rétrécissement et la déformation générale de la poitrine que j'ai décrits sous le nom de consécutifs, parce qu'ils n'apparaissent que lorsque la tuberculisation du poumon est accomplie, coïncidaient exactement, dans les cas où je les ai observés, avec les mêmes circonstances anatomiques que la dépression sous-claviculaire, c'est-à-dire avec une fausse membrane déposée sur la surface des poumons, qui au-dessous d'elle étaient plissés, rapetissés et infiltrés de tubercules à un degré assez considérable. La dépression thoracique était plus marquée sur le côté de la poitrine dont le poumon était le plus infiltré de tubercules et recouvert de la fausse membrane la plus dense et la plus épaisse. Je n'ai jamais constaté le rétrécissement et la déformation dont il s'agit chez les malades dont les poumons étaient infiltrés de tubercules sans fausse membrane, quelle que fût d'ailleurs la quantité des tubercules infiltrés; ce qui porterait à conclure, pour ce fait comme pour le précédent, que l'infiltration tuberculeuse seule, c'est-à-dire isolée de la circonstance d'une fausse membrane, est incapable de déterminer une atrophie assez marquée du tissu du pou-

(1) Laënnec. Auscult. méd., édit. de 1837, vol. 2, p. 61.
(2) *Ibid.*
(3) Ouvrage cité, p. 486. Voyez aussi p. 212, n° 2.

mon pour entraîner un affaissement sensible des parois thoraciques. Mais il est incontestable que le dépôt d'une certaine quantité de tubercules dans le tissu du poumon a pour conséquence l'atrophie de l'organe. Laënnec a constaté le fait directement (1), M. Andral l'admet comme prouvé par l'analogie (2), j'en ai acquis la certitude par mes recherches particulières; mais cette diminution de volume, je le répète, est trop peu de chose pour que l'affaissement thoracique qui l'accompagne soit sensible à l'observateur. Il résulte de là, évidemment, que toutes les fois qu'un rétrécissement ou une déformation thoraciques quelconque, mais consécutifs, seront observés, on aura la certitude que le poumon est recouvert, dans la partie correspondante, d'une fausse membrane dont l'épaisseur et la densité sont en rapport avec le degré d'affaissement thoracique observé.

Concluons des faits qui précèdent : 1° Que certains rétrécissements et certaines déformations de la poitrine des phthisiques sont consécutifs au dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons; 2° Que les dépressions sous-claviculaires, l'aplatissement de la région antérieure et supérieure de la poitrine, le rétrécissement général et la déformation générale qui ont leur siége spécial sur un côté de la poitrine, qui occupent particulièrement et d'une manière régulière, la partie supérieure du thorax, sont dans le même cas; 3° Qu'à l'exception des cas (forts rares) où la tuberculisation est consécutive au dépôt d'une fausse membrane sur le sommet d'un poumon, l'affaissement thoracique correspond à peu près constamment (dans la première période de la phthisie) à l'infiltration d'une quantité considérable de tubercules; 4° Que cet affaissement thoracique indique toujours l'existence d'une fausse membrane épaisse et dense sur la partie correspondante du poumon; 5° Qu'il est produit

(1) Auscult. méd., édit. de 1837, t. 1, p. 345.
(2) *Ibid.*, t. 2, note de la page 62.

par le rapetissement que cette fausse membrane détermine dans les parties qu'elle recouvre, bien plus que par l'atrophie que subit le poumon à la suite de sa tuberculisation ; 6° Que, dès lors, le degré de l'affaissement exprime bien plutôt le degré d'épaisseur et de densité de la fausse membrane que celui de l'infiltration tuberculeuse; mais qu'il se trouve aussi exprimer assez exactement le degré de cette infiltration, parce que la fausse membrane, qui le plus ordinairement n'en est qu'un effet, est presque toujours proportionnée au degré de l'infiltration tuberculeuse ; 7° Que les dépressions sous-claviculaires deviennent très marquées quand des cavernes étendues se creusent dans les sommets des poumons; et que, dans ce dernier cas, ces dépressions sont en partie le résultat de l'affaissement que subissent les parois des cavernes et de la tendance qu'ont ces dernières à se rétrécir de plus en plus.

Quant au mécanisme de production des affaissements thoraciques consécutifs à la tuberculisation des poumons, il est facile de s'en rendre compte : rappelons-nous que dans l'état normal la colonne d'air intérieure fait équilibre à celle qui pèse sur la poitrine et qui tend sans cesse à l'affaisser; rappelons-nous que la colonne d'air a sans cesse à lutter contre l'élasticité du poumon, qui tend continuellement à l'éloigner des côtes et à entraîner celle-ci dans son mouvement de retrait. Mais ces deux puissances, l'une intérieure, l'autre extérieure, sont tellement combinées, qu'elles se neutralisent mutuellement, ou plutôt, qu'elles maintiennent dans leurs rapports normaux les poumons et les côtes. Que la pression intérieure vienne à diminuer, aussitôt l'élasticité du poumon et la pression extérieure, concourront à faire suivre ce mouvement de retrait aux parois thoraciques, dans l'étendue où la pression intérieure aura diminué ou cessé d'agir. Or, c'est précisément ce qui arrive dans les conditions anatomiques que j'ai exposées précédemment :

la compression du poumon par une épaisse fausse membrane qui le borne dans son développement, l'obstacle apporté par les tubercules à la pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires, diminuent d'autant la pression intérieure; la puissance élastique du poumon, qui n'est plus autant contrebalancée par la pression dont nous parlons, fait qu'il tend sans cesse à diminuer de volume, et la colonne d'air extérieure, qui n'est plus qu'incomplétement équilibrée par celle de l'intérieur, pèse de toute sa force sur la paroi thoracique et le pousse sans cesse à suivre le mouvement de retrait du poumon. Cette explication m'a été développée de vive voix par M. Guérin. En outre qu'elle est fort ingénieuse, d'accord avec les lois de la physique et de la physiologie, cette explication me paraît très juste. On en a, ce me semble, une preuve évidente dans ce qui arrive quand la bronche principale de l'un des poumons est oblitérée : le poumon auquel se distribue cette bronche diminue de volume d'une manière notable, et la paroi thoracique correspondante subit un affaissement très sensible à la simple vue (1). D'après mes observations, les rétrécissements et les déformations consécutifs de la poitrine, chez les phthisiques, se trouvant liés par un rapport intime avec l'existence de fausses membranes épaisses et denses déposées sur la surface des poumons, se produisent d'après le même mécanisme que les rétrécissements de la poitrine qui succèdent à la résorption des épanchements pleurétiques. Le rétrécissement se produit selon le mode que je viens d'exposer, et la déformation, qui consiste dans la diminution successive du diamètre transversal, est due à la cause que j'ai indiquée, d'après M. Woillez (2), à la page 609.

(1) M. Andra la cité un fait très remarquable de ce genre. V. Auscult. médiate, édition de 1837, vol. 1, 345.

(2) Ouvrage cité, p. 2 à 8 ; page 347 à 349.

*

La réunion constante de ces deux faits, affaissement des régions sous-claviculaires, adhérences épaisses et anciennes des sommets des poumons avec le sommet de la cavité thoracique, nous explique très bien pourquoi il y a toujours une diminution des mouvements partiels de la région antérieure et supérieure de la poitrine proportionnelle au degré de la dépression sous-claviculaire, et en même temps conservation des mouvements de totalité du thorax. Rien ne s'oppose au libre développement de ces derniers, tandis que les adhérences immédiates, épaisses, denses, qui réunissent l'un à l'autre le sommet du poumon et le sommet de la cavité thoracique, et qui convertissent le tout en une sorte de corps solide, doivent nécessairement diminuer beaucoup l'étendue des mouvements partiels des côtes.

On a vu aux pages 612 et 613, que, dans quelques cas rares, les tubercules qui infiltraient le sommet d'un poumon, vis-à-vis d'un affaissement sous-claviculaire, étaient en si petit nombre et si peu avancés dans leur développement, qu'on ne pouvait douter que la fausse membrane qui coiffait le sommet de ce poumon ne préexistât à la tuberculisation du poumon. Dans un cas pareil, on se demande quel rôle la fausse membrane a pu jouer dans le développement consécutif de la tuberculisation pulmonaire. La réponse varie suivant l'une des deux circonstances suivantes : 1° La pleurésie qui a produit cette fausse membrane a eu lieu chez un individu déjà prédisposé à la phthisie pulmonaire ; dans ce cas, le corps étranger déposé autour du poumon, par les troubles de respiration et de nutrition qu'il détermine, est une cause excitante des mouvements morbides qui constituent la prédisposition tuberculeuse ; en même temps que, par l'excitation locale continuelle qu'il entretient, il provoque le travail de tuberculisation à se localiser dans le poumon ; 2° La pleurésie d'où est née la fausse membrane en question est survenue chez un individu qui, par l'en-

l'ensemble de sa constitution, de ses antécédents, de ses conditions d'hérédité, éloigne au plus haut degré la pensée d'une prédisposition à la phthisie (j'ai cité des cas de ce genre aux pages 433, 434, et suivantes)? dans ce cas, on est autorisé à admettre, ainsi que nous l'avons démontré aux pages 436, 437 et 438, que les troubles fonctionnels locaux que provoque la fausse membrane, que les troubles de nutrition locale et générale qui en sont la conséquence, que la tendance à la formation de nouveaux produits morbides que provoque sans cesse autour de lui un produit morbide déjà existant, peuvent développer insensiblement la cachexie tuberculeuse chez un individu primitivement sain, et fixer dans le poumon le travail de tuberculisation qui résulte de cette cachexie tuberculeuse portée à un certain degré. L'action de cette influence locale se concevra mieux encore, si l'individu placé sous cette influence locale s'est exposé ou s'expose journellement à quelques-unes des circonstances antihygiéniques que nous avons dit être susceptibles à elles seules de développer la cachexie tuberculeuse (voyez pages 469 et suivantes). La marche particulière qu'a suivie la maladie chez cette classe de malade autorise pleinement l'opinion et la proposition que j'énonce. Je ne fais que transcrire l'exposé de cette marche, que j'ai déjà fait à la page 435 : les malades, sous l'influence d'une cause plus ou moins appréciable, avaient été surpris en pleine santé par le brusque développement de leur pleurésie; celle-ci avait traîné en longueur, avait passé à l'état chronique, et, dès cette époque, avait commencé la série de symptômes généraux, l'altération successive de la santé et des forces, qui avaient accompagné les malades jusqu'au tombeau.

J'ai dit, à la page 433, qu'une fausse membrane épaisse, dense, avait été trouvée chez quelques individus, sur la surface d'un poumon dont le parenchyme était de toute part exempt de tubercules; c'est là le cas d'un certain

nombre de pleurésies chroniques dont l'épanchement, successivement résorbé, a laissé la paroi thoracique s'affaisser et un rétrécissement général ou une dépression partielle se produire sur tout un côté de la poitrine, ou sur une partie seulement de ce côté. Comment distinguer ces cas là de ceux où le rétrécissement et les déformations correspondent à une simple prédisposition à la phthisie? comment distinguer la déformation et le rétrécissement dus seulement à une fausse membrane de ceux qui résultent d'une tuberculisation réunie à la fausse membrane? comment distinguer des précédents le cas où une tuberculisation, seulement consécutive, commence à se manifester dans le sommet de poumon depuis long-temps emprisonné par une fausse membrane? quelle règle suivre pour le diagnostic dans ces différents cas? Voici quelle est ma réponse : Le traitement de la phthisie à sa première période et aux périodes subséquentes devant surtout consister dans une sage direction de l'hygiène, il ne peut, dans aucun cas, y avoir inconvénient à ce qu'on prenne pour une phthisie commençante ou arrivée déjà à un certain degré, ce qui ne serait qu'une simple pleurésie chronique avec dépôt pseudo-membraneux sur la surface du poumon. Il y aurait à cela d'autant moins d'inconvénient, que la pleurésie chronique avec fausse membrane, pouvant, ainsi que je l'ai exposé précédemment, entraîner à sa suite le développement de tubercules dans le poumon, surtout chez un individu (prédisposé ou non prédisposé) qui se trouve entouré de certaines circonstances antihygiéniques, il y aurait, dis-je, d'autant moins d'inconvénient à prendre dans ce cas une simple pleurésie chronique pour une tuberculisation déjà existante, que les soins hygiéniques dont on entourerait le malade auraient le grand avantage de constituer un véritable traitement préventif de la phthisie qui, alors, a de la tendance à se développer. Parviendrait-on à en distinguer d'une manière

sûre les différents cas que je viens de poser? il serait prudent, il serait convenable d'entourer des mêmes soins hygiéniques, et l'individu atteint seulement d'une pleurésie chronique avec fausse membrane, et celui chez qui des tubercules se réuniraient à la circonstance précédente. La conséquence de tout ceci est que les diagnostics différentiels demandés sont plutôt une satisfaction recherchée par la science, qu'un besoin exprimé par la pratique. Mon but étant ici particulièrement un but pratique, je me contenterai de fournir à la question scientifique les données suivantes :

Le rétrécissement de la poitrine qui succède à la pleurésie se distingue facilement du rétrécissement et de la déformation primitifs du thorax des individus prédisposés à la phthisie, à ce double caractère : 1° Que, dans le premier cas, le rétrécissement ne porte que sur un côté, tandis que dans le second cas il porte sur tous les deux; 2° Que la déformation de la poitrine, outre qu'elle n'existe que sur l'un des deux côtés dans le cas de simple pleurésie, est bien loin d'affecter sur ce côté la régularité que nous avons dit exister dans le cas où la déformation est le résultat de la prédisposition aux tubercules. C'est principalement la région antérieure-latérale de la poitrine qui est affaissée dans le cas de pleurésie.

Le rétrécissement et la déformation générale consécutifs au développement de tubercules dans les poumons se distinguent de ceux qui sont primitifs : 1° à l'absence, dans ce dernier cas, des signes locaux et généraux de la phthisie à sa première période; 2° en ce que, dans le premier cas, le rétrécissement et la déformation sont plus irréguliers que dans le cas où ils sont primitifs; en ce qu'ils occupent plus spécialement la partie supérieure de la poitrine, et sont plus marqués d'un côté que de l'autre, et plus sur la région antérieure que sur toute autre.

Le cas de fausse membrane sans complication de tubercules se distinguera de celui où elle recouvre une tuberculisation déjà existante, à l'absence des signes généraux dont s'accompagne ordinairement la phthisie pulmonaire à l'époque de sa durée que suppose un affaissement des parois thoraciques; à moins, toutefois, que les signes généraux, précurseurs du travail de tuberculisation dont peut devenir le siége un poumon entouré d'une ancienne fausse membrane, ne se soient déjà manifestés, auquel cas on ne ferait, par un diagnostic positif, qu'anticiper un peu sur l'avenir. Quant aux signes locaux, il en est quelques-uns qui sont communs à la première période de la phthisie et au cas où une fausse membrane coiffe le sommet d'un poumon dont le tissu est exempt de tubercules; ce sont ceux que recueillent la percussion, la palpation, l'inspection, et, pour l'auscultation, ce sont : la diminution du bruit inspiratoire et quelquefois l'augmentation du bruit expiratoire. Encore, est-il à remarquer que ce dernier caractère n'est jamais aussi prononcé dans le cas de simple fausse membrane, que dans les cas de tuberculisation au degré que suppose l'affaissement des parois thoraciques. De plus, le caractère rude, dur, sec et les altérations de timbre, sont, en général, plus particuliers à l'infiltration tuberculeuse du degré que suppose la dépression sous-claviculaire, qu'à la simple fausse membrane.

Exprimons en peu de mots la conséquence générale qui résulte de nos considérations précédentes sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, en nous bornant à ce qui intéresse le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire :

La poitrine peut subir chez les phthisiques des altérations de forme et de volume dont les unes précèdent et dont les autres suivent le développement des tubercules pulmonaires. Ces deux classes d'altérations peuvent être distinguées l'une

de l'autre. Leurs modes d'appréciation sont la mensuration et surtout l'inspection.

L'existence constatée des altérations de forme et de volume de la poitrine qui précèdent le développement des tubercules pulmonaires, annonce une puissante prédisposition à la phthisie, mais seulement une prédisposition. On juge par l'auscultation du moment où cette prédisposition se convertit en fait. On peut donc, dans le cas d'existence de cette classe d'altérations, *et en se servant de l'auscultation comme pierre de touche*, tantôt préjuger le développement futur de la phthisie, tantôt en reconnaître le début, si l'on est appelé à temps auprès du malade; ou seulement reconnaître une époque plus ou moins avancée de la première période de cette affection, suivant que l'on est appelé plus ou moins tard.

L'existence bien constatée des altérations de la seconde classe, c'est-à-dire de celles qui sont consécutives au dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons, suppose, dans la presque totalité des cas, une infiltration tuberculeuse considérable, qui peut être encore à l'état de crudité, mais qui, plus souvent, est prête à commencer sa période de ramollissement, si déjà même, comme cela s'observe souvent, la phthisie n'est arrivée à la période de cavernes. On ne peut donc pas juger exactement, rien que par le degré de la déformation de la poitrine, si la tuberculisation est à un degré considérable ou médiocre, si elle est encore à l'état cru, à l'état de ramollissement ou à l'état de cavernes; c'est l'auscultation qui décide le fait; mais, dans tous les cas, le rétrécissement et les déformations consécutifs de la poitrine ne peuvent être applicables au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire que sur la fin de cette première période, ou, si quelquefois elles se montrent au début de cette affection, c'est dans le cas où elles dépendent, non plus de l'infiltration tuberculeuse, mais seulement de

l'existence d'une fausse membrane d'ancienne formation qui enveloppe et rétrécit le sommet du poumon. L'altération des mouvements partiels de la poitrine obéit, pour sa valeur diagnostique, à la même loi que les altérations de forme et de volume de la seconde classe.

Parmi celles de nos observations où l'on trouve à un degré assez prononcé les signes recueillis par l'inspection que j'ai exposés dans cet article, je prends la suivante que je donne comme exemple de ces signes. L'autopsie, que j'ai recueillie avec quelques détails, permettra de faire un rapprochement entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique, et de juger, par ce rapprochement, la valeur des explications que je viens de proposer à propos des altérations de forme, de volume et de mouvements des sommets de la poitrine, consécutives au développement de la phthisie pulmonaire.

Un ouvrier nacrier, nommé Autriquez, âgé de 41 ans, d'une taille un peu élevée, d'une constitution médiocre, d'un tempérament lymphatique, offrant aussi quelques traits du tempérament bilieux, entra à la Charité le 20 janvier 1837 (n° 19 de la salle St-Louis, service de M. Andral). *Sa mère*, âgée de 64 ans, avait toujours été sujette à tousser, et avait eu plusieurs fois des hémoptysies, de 20 à 32 ans. *Son père*, âgé de 66 ans, paraissait, d'après les dires de notre malade, être atteint d'un catarrhe pulmonaire chronique compliqué d'emphysème. Il n'avait *qu'un frère*, qui se portait très bien.

Jusqu'à l'âge de 40 ans, Autriquez avait joui d'une bonne santé, éprouvant seulement de temps en temps de la toux et des rhumes qui reparaissaient surtout dans les temps froids et humides, en automne et en hiver, et qui étaient un peu lents à disparaître. En mars 1835, à la suite d'un travail qui l'exposait à de fréquents refroidissements, sa toux augmenta beaucoup, sa santé s'affaiblit sensiblement, et il éprouva un peu d'amaigrissement; au mois de juin suivant, des filets de sang se mêlèrent à ses crachats. Il n'avait jamais eu d'hémoptysie auparavant, et il n'en eut jamais depuis. Au mois d'août de la même année, il fut pris d'un violent point de côté à gauche, précédé de frissons et suivi de fièvre. Dès ce moment, sa santé s'altéra considérablement; un sentiment de gêne se fit sentir dans la poitrine et devint continu; l'affaiblissement de ses forces l'obligea à cesser son travail, et des phénomènes de fièvre hectique se déclarèrent et s'accrurent successivement.

Les seules influences antihygiéniques que le malade eût subies, étaient : une profession qui l'exposait à de fréquents refroidissements

une habitation long-temps prolongée dans des lieux malsains et encombrés d'ouvriers; enfin une nourriture peu salubre, peu réparatrice, résultat forcé du modique salaire de son travail.

Voici, en abrégé, l'état dans lequel il se trouvait au moment de son entrée à l'hôpital : maigreur *relative* assez marquée; fièvre hectique *aiguë*, se présentant sous les formes les plus prononcées; recrudescence fébrile de chaque soir très intense; sueur très abondante la nuit; diminution considérable des forces; augmentation du bruit expiratoire sous les deux clavicules, allant jusqu'à 10 et 15; diminution considérable de l'inspiration (4, 6, 8); altération de timbre très marquée des deux bruits, du bruit expiratoire surtout, allant jusqu'au caractère bronchique; ces caractères morbides étaient plus prononcés à gauche qu'à droite, et en avant qu'en arrière; ils n'occupaient qu'une très petite étendue du sommet droit; ils étaient moins limités dans le sommet gauche; râle de craquement humide très prononcé à gauche; bronchophonie plus intense également à gauche qu'à droite; son très obscur sous la clavicule droite, mat sous la clavicule gauche; la percussion était douloureuse dans le sommet gauche de la poitrine, à peine sensible dans le côté opposé; la vibration qui se produit à la surface des parois thoraciques quand on parle, quoique beaucoup diminuée sous la clavicule droite comparativement à ce qu'elle était dans le reste de l'étendue de ce côté, l'était cependant beaucoup moins que sous la clavicule gauche; c'était le même résultat dans les régions sus-épineuses; les régions sus et sous-claviculaires étaient beaucoup plus déprimées que dans l'état normal, et cette dépression était sensiblement plus prononcée à gauche qu'à droite; on remarquait aussi que les deux régions antérieure et supérieure de la poitrine étaient comme aplaties, au lieu d'être légèrement bombées, et que cet aplatissement était plus prononcé à gauche; les mouvements partiels des côtes étaient également moindres de ce côté que du côté opposé; de temps en temps le malade avait un peu de dévoiement, précédé de constipation et de coliques dans le bas-ventre.

Nous prononçâmes qu'il existait une phthisie pulmonaire au 2e degré; que sa forme anatomique était la forme miliaire, et que les sommets des poumons, le sommet du poumon gauche surtout, étaient coiffés par une ancienne et épaisse fausse membrane, devenue au moins fibreuse. La marche aiguë de la maladie était surtout la raison qui nous portait à penser que la phthisie était plutôt constituée par des tubercules miliaires que par de gros tubercules. Les phénomènes constatés au moyen de l'inspection, et l'existence antécédente d'une

pleurésie (développée six mois auparavant), étaient les raisons qui nous faisaient admettre que d'anciennes et épaisses fausses membranes emprisonnaient et resserraient le sommet des poumons.

Depuis ce moment, 20 janvier, jusqu'à la mort du malade, qui eut lieu le 22 février suivant, les phénomènes locaux et généraux s'accrurent rapidement. Les phénomènes généraux surtout offraient une très haute intensité et une marche très rapide : la peau était d'une chaleur brûlante, d'une sécheresse aride, et, chaque soir, la fièvre se rallumait plus vive encore, précédée et annoncée par un violent frisson. Plongé dans une morosité profonde, dans une agitation nerveuse et fébrile continuelle, qui tantôt se rapprochait du délire, et tantôt se changeait en une sorte de coma, le malade dépérit rapidement. Quelques jours avant sa mort il survint un dévoiement abondant, précédé de fortes coliques. Quant aux phénomènes locaux, ils s'aggravèrent successivement, au point que, peu de jours avant la mort, on constata les signes de cavernes sous les deux clavicules, mais surtout sous la clavicule gauche. Les signes fournis précédemment par l'inspection n'éprouvèrent aucun changement sensible; seulement, la différence qui existait sous ce rapport entre les deux sommets de la poitrine, en avant, devint moins marquée. A l'autopsie, nous trouvâmes, dans la poitrine et dans le ventre, les désordres suivants :

Poitrine. Le sommet des deux poumons était adhérent au sommet de la poitrine, au moyen d'une couche épaisse d'un tissu dense, serré, fort résistant, fibreux, qui, dans quelques points, présentait la forme de ligaments très amincis vers le milieu de leur longueur, et qui, à partir de ce point, augmentaient beaucoup de volume et d'épaisseur et allaient s'implanter, par une large base, d'une part sur la plèvre pariétale, d'autre part sur la plèvre pulmonaire. Des expansions fibreuses partaient de différents points du sommet des poumons et se rendaient sur les points voisins, après avoir plissé fortement le tissu pulmonaire dans l'intervalle de ces deux points. Le sommet des poumons était plissé et rapetissé comme si une main s'était resserrée sur lui, et qu'ensuite des expansions membraneuses, passant de l'un à l'autre bord de ces plissements profonds, eussent maintenu l'effet de cette compression : il en résultait que ces sommets étaient déformés, ratatinés et beaucoup diminués de volume. L'état d'induration du tissu pulmonaire sous-jacent à la fausse membrane qui coiffait ainsi le sommet des poumons ne permettait pas à l'insufflation de le déplisser, et de lui faire reprendre son expansion et son volume, même quand on avait coupé

les brides membraneuses qui s'étendaient de l'un à l'autre bord des plissements de ces sommets. Dans certains points où les poumons n'étaient pas adhérents à la surface pulmonaire, quoique recouverts par une fausse membrane, la dissection faisait reconnaître en petit, sous ces fausses membranes, les mêmes plissements qui existaient à un beaucoup plus haut degré sur les points précédents. Dans les sillons, grands ou petits, profonds ou superficiels, qui résultaient de ces plissements, la fausse membrane envoyait des prolongements variables pour leur étendue, leur épaisseur, leur dureté, comme les sillons eux-mêmes et les fausses membranes qui les recouvraient. Ces prolongements étaient dans quelques points tellement étranglés vers leur origine, c'est-à-dire vers la surface du poumon, et les bords des sillons qui renfermaient ces prolongements étaient tellement rapprochés et maintenus adhérents par les expansions fibreuses de la fausse membrane, qu'au premier abord on eût pris ces prolongements pour de petites lames ou de petites masses de tissu fibreux nées au sein même du tissu pulmonaire ; mais un examen attentif faisait bientôt reconnaître leur véritable origine. Tout autour de ces anfractuosités des poumons occupées par des prolongements de la couche fibreuse qui couvrait la surface de leur sommet, le tissu pulmonaire était induré et noirâtre ; toute la couche du tissu pulmonaire immédiatement sous-jacente à la fausse membrane qui emprisonnait le sommet des poumons était elle-même solide, résistante, et d'un noir grisâtre. Une quantité très considérable de tubercules, exclusivement de forme miliaire, occupait le sommet des poumons; quelques groupes de ces tubercules étaient ramollis; d'autres, plus volumineux, creusés à leur centre de très petites cavernes. Au-delà du tiers supérieur du poumon gauche et du quart supérieur du poumon droit, ces tuberbercules devenaient brusquement fort rares, et on n'en trouvait presque plus aucune trace au-delà de la moitié de la hauteur des poumons : une seule caverne, capable de contenir une noisette, occupait le sommet du poumon droit. La partie supérieure des lames antérieures des poumons était aussi le siége d'une infiltration tuberculeuse miliaire. Les poumons n'étaient adhérents et recouverts de fausses membranes qu'à leur sommet: dans le reste de leur étendue ils étaient sains; leur tissu était seulement infiltré d'une assez grande quantité de sang et de sérosité spumeuse. La muqueuse bronchique était recouverte, dans toute son étendue, d'une couche épaisse de mucus sanguinolent, seulement rouge dans les grosses bronches, rouge, épaissie et ramollie dans les bronches capillaires,

surtout au voisinage des tubercules ramollis qui occupaient le sommet du poumon gauche.

Abdomen. Dans toute l'étendue de l'iléon, un grand nombre de granulations tuberculeuses, encore à l'état cru, soulevaient la muqueuse intestinale. A mesure qu'on se rapprochait du cœcum, l'infiltration tuberculeuse des parois de l'intestin devenait plus confluente, et présentait successivement les périodes *de crudité*, *de ramollissement*, *de suppuration* et *d'ulcération*. Près du cœcum, les ulcérations étaient très confluentes, très larges et très profondes. Aucune trace de péritonite, ni ancienne, ni récente, ne se remarquait sur aucun point de l'abdomen. Les reins offraient les caractères anatomiques de la maladie appelée maladie de Bright.

ARTICLE IV.

SIGNES FOURNIS PAR L'EXPECTORATION.

Je ne trouve dans mes observations aucune indication plus précise que celles qui ont été données par les auteurs sur les caractères de l'expectoration, considérés comme moyen de diagnostic de la phthisie. Si l'on consulte ce qui a été écrit sur ce sujet, on ne trouve partout que vague et incertitude. L'expectoration apparaît sous un grand nombre de formes différentes, mais aucune n'a de valeur, parce qu'aucune n'a de fixité. Cette variété dans les caractères de l'expectoration est surtout remarquable à mesure qu'on approche de la première période de la phthisie. Quelquefois l'expectoration manque tout-à-fait jusque dans les périodes les plus avancées de cette affection. D'autres fois elle conserve pendant presque toute la durée de la phthisie, à l'exception des périodes de rhumes, l'aspect purement salivaire. Elle est quelquefois un peu gluante, visqueuse ; tantôt claire, tantôt trouble ; tantôt homogène, tantôt mêlée de petits grumeaux grisâtres, noirâtres, ou seulement d'un blanc opaque et mat, grumeaux qui d'ailleurs se rencontrent aussi dans les crachats d'individus que rien n'autorise à considérer comme phthisiques. Quelquefois les crachats sont pleins de sang ; d'autres

fois, dès les premiers temps de la maladie, ils sont blanchâtres, épais et comme un peu purulents; ils représentent, chez quelques malades, de petites masses à bords frangés; chez d'autres, ces petites masses sont assez régulièrement arrondies. Tantôt, lors des recrudescences de rhumes, ils offrent assez régulièrement les caractères ordinaires à l'expectoration des malades atteints de bronchite, tantôt ces caractères leur sont plus ou moins étrangers. L'expectoration peut manquer jusque chez les phthisiques dont les poumons sont creusés de larges cavernes; le plus ordinairement, à une période avancée de la phthisie pulmonaire, elle ne diffère point de l'expectoration ordinaire du catarrhe chronique. A peine est-il possible, au milieu d'un aussi grand nombre de formes, et d'une aussi grande mobilité de caractères, d'en distinguer quelques-uns qui aient assez de fixité pour pouvoir, dans quelques circonstances, mériter quelque attention de la part de l'observateur. Toutefois, on a remarqué que chez un certain nombre de phthisiques l'expectoration suivait d'une manière assez régulière la marche suivante : d'abord simplement salivaire; puis un peu visqueuse, mais transparente et homogène; tachée quelquefois, à ce moment et un peu plus tard, de quelques stries de sang, devenant ensuite un peu plus abondante; vers le passage de la première à la deuxième période de la phthisie, au lieu du fluide clair et écumeux que l'on avait observé jusque là, on voit quelques points blanchâtres, opaques, du volume d'une tête d'épingle, arrondis ou aplatis, donner un aspect perlé à l'expectoration ordinaire. Ces points se multiplient et grossissent; ils représentent des grumeaux ordinairement d'un blanc opaque, mais quelquefois aussi d'un gris noirâtre, grumeaux qui, devenant chaque jour plus abondants et plus volumineux, finissent, au bout d'un certain temps, par représenter de petites masses irrégulièrement arrondies,

déchiquetées sur leurs bords, et d'une grandeur qui varie entre celle d'une lentille et celle d'une pièce de 1 ou 2 fr. Ces petites masses opaques et frangées semblent flotter au milieu d'un fluide transparent et un peu visqueux; elles sont quelquefois un peu striées de sang. On est alors vers la fin de la deuxième période de la phthisie; quelquefois des cavernes sont déjà formées dans les poumons; alors, pour compléter la série de ses transformations, l'expectoration n'a plus qu'à prendre le caractère purulent qu'on lui connaît à cette période.

Telle est la marche, tels sont les caractères que présente l'expectoration chez un certain nombre de phthisiques. Si l'on observait, chez un malade que d'autres raisons devraient faire soupçonner de phthisie, la série tout entière et régulière de ces transformations successives *jusqu'au moment où les petites masses frangées que je viens de décrire auraient été bien constatées*, il n'y a pas de doute que ces caractères de l'expectoration pourraient décider le diagnostic resté douteux jusque là; mais, déjà nous nous trouvons transportés au delà de la première période de la maladie, et, à cette époque, des signes plus positifs sans contredit que l'expectoration se présentent à l'observateur. Les petites masses blanchâtres, opaques, frangées, dont il vient d'être question, n'apparaissent ordinairement qu'au moment du passage de la première à la seconde période, et je ne pense pas qu'avant l'apparition de ces petites masses l'expectoration présente un seul caractère sur lequel il soit raisonnablement possible de fonder le diagnostic de la phthisie. J'ai dit précédemment, que de petits points blancs, tantôt arrondis, tantôt aplatis, opaques, du volume d'une tête d'épingle, étaient en quelque sorte le noyau de formation des petites masses frangées qui commencent à donner quelque valeur diagnostique à l'expectoration; j'ai dit que le noyau grossissait successivement et prenait in-

sensiblement la forme lenticulaire et frangée dont il s'agit; mais il ne me paraît pas possible d'attribuer à ces points blancs la valeur diagnostique que j'ai attribuée aux petites masses frangées et lenticulaires qui leur succèdent, attendu que j'en ai souvent constaté l'existence dans les crachats d'individus qui, sous un grand nombre de rapports, éloignaient la pensée d'une phthisie. Si ce caractère avait de la valeur, il nous ferait remonter, dans quelques cas, jusqu'à la deuxième phase de la première période de la phthisie; mais on est forcé de le rejeter, au moins comme règle générale. Concluons que les *caractères physiques* de l'expectoration ne peuvent point servir au diagnostic de la phthisie au delà des conditions et des limites que je viens de fixer (1), et que, par conséquent, elle ne peut fournir aucun signe au diagnostic de la première période de cette affection.

A la suite de recherches microscopiques assez récentes, M. Kuhn dit avoir découvert dans le tubercule naissant les traces d'une véritable organisation (2). Suivant cet observateur, le tubercule serait formé par une agglomération de corpuscules irréguliers, jaunâtres, qu'il nomme *tissu tubéreux*, et qui sont réunis entre eux par des filaments d'une extrême ténuité. M. Kuhn a ensuite recherché s'il ne trouverait pas dans la matière des crachats les corpuscules qui, d'après lui, forment le tubercule. Voilà ce qu'il dit à ce sujet : « A l'époque où les crachats des phthisiques ne sont point encore purulents, et où, par la simple inspection à l'œil nu, on ne saurait les distinguer des crachats de la bronchite, le

(1) Je dis exprès *au delà des conditions et des limites que je viens de fixer* : parce que, en effet, je ne pense pas que les petites masses lenticulaires, frangées, opaques, dont je viens de parler, appartiennent exclusivement à la phthisie pulmonaire. On doit se rappeler que MM. Chomel et Louis ont observé ce caractère chez deux malades qui ne présentaient à l'autopsie ni tubercules, ni excavation tuberculeuse, ni dilatation des bronches (Voyez Louis, Recherches sur la phthisie, page 189).

(2) Gazette médicale, 1837.

microscope y fait découvrir le même tissu tubéreux qui fait la base du tubercule. » Un résultat aussi important ne saurait être adopté sans avoir passé par la sanction de nouvelles expériences, mais dans tous les cas, supposons dès à présent que le diagnostic de la phthisie soit possible par ce moyen, ce diagnostic ne remonterait pas encore jusqu'à la première période, il atteindrait tout au plus la seconde, parce qu'on ne peut supposer que des parcelles de matière tuberculeuse se trouvent mêlées aux crachats, avant que les tubercules infiltrés dans les poumons aient au moins commencé d'accomplir leur période de ramollissement. Depuis long-temps des recherches microscopiques ont été faites sur l'expectoration, dans l'espoir de trouver, entre les globules du pus et les globules du mucus, des différences capables de faire distinguer l'un de l'autre ces deux produits de sécrétion. Tout récemment encore, M. Gueterbock, de Berlin, s'est essayé à cette question; mais, ni ses recherches, ni celles de tant d'autres qui l'avaient précédé, n'ont encore fourni aucun caractère différentiel sur lequel on puisse compter. Ces caractères différentiels existeraient-ils, ils ne pourraient encore, de même que le caractère annoncé par M. Kuhn, s'appliquer qu'au diagnostic de la seconde ou de la troisième période de la phthisie. Ainsi, concluons que l'expectoration des phthisiques ne présente jusque là *aucun caractère microscopique incontestable*, capable de faire reconnaître leur affection; et que le *caractère microscopique encore douteux* qu'elle présente ne peut servir qu'au diagnostic de la deuxième ou troisième période de l'affection.

De nombreuses recherches *chimiques* ont été faites dans ce même but de distinguer entre elles les expectorations seulement muqueuses des expectorations purulentes. L'auteur que nous venons de citer, M. Gueterbock (1) a publié

(1) Journal l'Expérience, 5 mars 1838, n° 25.

dernièrement des résultats importants sur ce sujet. Il est arrivé à cette conclusion : que la matière grasse qui existe en très grande quantité dans le pus et pas du tout dans le mucus, est le caractère le plus capable de faire distinguer ces deux produits l'un de l'autre. « La présence de la graisse dans le pus, dit-il, fait que ce liquide brûle avec une flamme éclatante, comparable à celle des corps résineux ; tandis que le mucus, quand il brûle, fournit seulement quelques gaz qui s'enflamment. Cette expérience, indiquée par Michael et confirmée par l'analyse chimique, peut être essayée dans les cas douteux, et n'exige d'autres préparatifs qu'une bougie ou une lampe et un fil métallique de fer ou de platine. J'ai toujours eu à me louer de ce moyen, qui m'a réussi même avec les plus petites proportions de matière. Les crachats des phthisiques brûlent comme le pus à l'état de pureté, ce qui les distingue facilement de l'expectoration catarrhale. »

Telles sont les paroles remarquables de M. Gueterbock. Elles annoncent la possibilité où l'on serait, à l'aide du caractère qu'il indique, de distinguer l'expectoration purulente de l'expectoration seulement muqueuse; mais ce résultat, quelque important qu'il soit dans le fond, ne pourrait pas encore faire décider, dans tous les cas, la question d'existence ou de non - existence de la phthisie, même en nous renfermant dans les limites des deuxième et troisième périodes ; on sait, en effet, que dans certains cas particuliers, et indépendamment de toute trace de tubercules, la muqueuse bronchique secrète, non plus seulement du mucus puriforme, mais du véritable pus ; par exemple, dans certaines dilatations des bronches, surtout dans les dilatations partielles accompagnées de rupture et d'ulcérations de la membrane muqueuse. Dans les cas de ce genre, on prononcerait qu'il y a phthisie et on commettrait une erreur. Désireux de savoir positivement à quoi m'en tenir

sur toutes ces questions, je faisais dernièrement demander par un de mes amis, M. Nonat, à M. Thénard, ce qu'il pensait de l'état actuel de la science chimique sur ce sujet; et M. Thénard, qui n'ignorait point le mémoire de M. Gueterbock, répondait *que les travaux publiés jusqu'ici laissaient beaucoup à désirer*. Ainsi, concluons, pour la chimie, comme nous l'avons fait pour la microscopie et les caractères physiques de l'expectoration, que, dans l'état actuel de la science, les caractères de l'expectoration capables de faire reconnaître la phthisie pulmonaire ne sont applicables qu'à ses deuxième et troisième périodes tout au plus, et, encore, n'embrassent pas tous les cas possibles de ces périodes.

Il est un caractère de l'expectoration dont les auteurs n'ont que fort peu parlé, que cependant j'ai observé assez fréquemment, et sur lequel je crois qu'il est utile de donner quelques détails. J'ai vu assez souvent des personnes rendre par l'expectoration une petite masse du volume d'un pois ou d'un gros grain de chenevis, de forme irrégulière, un peu conoïde, un peu bosselée à sa surface, qui présentait ordinairement un point d'une teinte différente du reste, et quelquefois une dépression au niveau de ce point; cette dépression conduisait à une sorte de petite traînée qui s'étendait jusqu'au centre de la petite masse. Ce centre était ramolli, d'une couleur un peu brune, tandis que le reste de la masse était formé par une matière d'un blanc sale qu'on ne saurait mieux comparer, et pour la couleur, et pour la consistance, qu'au parenchyme du marron cuit à l'eau. Ces petites masses sont rejetées, une seule à la fois, dans un effort de toux ou de voix, ou bien à la suite d'un petit effort d'expectoration. Ordinairement, cette petite masse est comme lancée par le poumon, à travers la trachée, le larynx et le pharynx, contre les parois de la bouche, où elle tombe, et éveille ainsi l'attention du ma-

lade; quelquefois elle sort tachée d'un peu de sang coagulé, ou bien comme irrégulièrement renfermée dans une sorte d'enveloppe d'expectoration sanguinolente; je n'ai jamais trouvé de sang à son intérieur; elle se réduit par l'écrasement en une pulpe grisâtre, semblable à la matière tuberculeuse amorphe en travail de ramollissement.

D'autre part, on trouve quelquefois, en faisant des autopsies, dans le sommet de poumons tuberculeux, des tubercules isolés, du volume d'un petit pois, comme incrustés dans le tissu endurci où ils sont déposés, un peu grisâtres, commençant à se ramollir, surtout à leur centre, ressemblant, sous beaucoup de rapports, aux petites masses que je viens de décrire.

En troisième lieu, quand on dissèque les glandes amygdales de certains individus, on trouve engagés dans les larges cryptes qu'elles renferment, de petits noyaux, dont le volume varie de celui d'un petit pois à celui d'un pois chiche ou d'un noyau de cerise; ces noyaux se rapprochent aussi beaucoup, pour la forme, pour la couleur et pour la consistance, des petites masses expectorées que j'ai décrites précédemment.

Ces petites masses expectorées sont-elles des fragments de matière tuberculeuse, des tubercules entiers échappés dans le système bronchique par suite du ramollissement du tissu pulmonaire qui les entoure et qui les sépare des bronches, à la faveur d'une sorte de travail éliminatoire; ou bien ne sont-elles autre chose qu'un produit de sécrétion des amygdales, qui s'est échappé de son crypte; ou bien, enfin, parmi ces petites masses en existe-t-il quelques-unes qui reconnaissent la première origine, et d'autres la seconde; dans ce dernier cas, est-il possible de les distinguer les unes des autres? Ma réponse à ces questions est la suivante : Les petites masses que j'ai observées ont été rendues par des individus qui ne paraissaient pas être phthisiques,

mais chez lesquels, cependant, il n'existait aucune de ces circonstances bien prononcées de constitution, de tempérament, de santé habituelle, qui font rejeter bien loin la pensée d'une phthisie; ces petites masses avaient entre elles trop de ressemblance, chez les divers individus qui m'ont présenté ce caractère d'expectoration, pour qu'on pût leur supposer des origines différentes; enfin, les rapprochements que j'ai faits dans le but de découvrir cette origine m'ont conduit à penser qu'elles étaient plutôt fournies par les amygdales que par les poumons. Je parle ici seulement de ce que j'ai vu, et je n'entends pas dire que ce que les auteurs ont décrit comme des fragments de matière tuberculeuse n'en soit pas réellement. Laënnec donne deux caractères pour distinguer ce qui serait un fragment de matière tuberculeuse de ce qui serait seulement un produit de la sécrétion des amygdales : la matière qui provient de cette dernière origine, dit-il (1), répand, lorsqu'on l'écrase, une odeur fétide, et graisse le papier sur lequel on la fait chauffer. Je n'ai point essayé ces caractères, je ne puis dès lors en juger la valeur.

Résumant en quelques mots ce que j'ai dit de l'expectoration, nous voyons qu'elle ne peut, par aucun caractère, servir au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, et que, tout au plus, peut-elle, dans certains cas, et par quelques-uns de ses caractères, les uns constatés, les autres encore douteux, aider au diagnostic des deuxième et troisième périodes de cette affection.

(1) Auscult. médiate, édit. d'Andral, vol. 2, p. 339.

ARTICLE VII.

SIGNES FOURNIS PAR LES SENSATIONS MORBIDES QUE LES MALADES ÉPROUVENT DANS LA POITRINE.

J'ai interrogé avec détails, sur les sensations morbides qu'ils éprouvaient dans la poitrine, la plupart des phthisiques qui se sont présentés à mon observation depuis quelques années. Considérée sous le rapport des signes qu'elle peut fournir au diagnostic, l'étude de ces sensations comprend : 1° le sentiment de gêne, de malaise, d'étouffement, de dyspnée ; 2° les douleurs quelconques éprouvées dans la poitrine; 3° l'obligation ou la tendance au décubitus sur l'un ou l'autre côté ; 4° le sentiment de plus de facilité de respiration d'un côté que de l'autre ; 5° le retentissement douloureux, dans l'intérieur de la poitrine, de la toux, de la voix, de la percussion ; 6° enfin, j'y ai joint les diverses sensations que les malades peuvent éprouver au larynx. J'ai surtout recherché quels étaient les rapports de ces sensations avec la première période de la phthisie, et je vais m'attacher surtout, dans l'exposé qu'on va lire, à faire ressortir ce rapport.

1° *Dyspnée.* Le sentiment de gène, de malaise intérieur de la poitrine, d'étouffement, de dyspnée, s'est montré chez un assez grand nombre de nos malades pendant la première période de leur affection. Chez quelques-uns, ces symptômes dataient seulement de l'époque présumée du début de leur phthisie pulmonaire, c'est-à-dire du dépôt de la matière tuberculeuse dans leurs poumons; chez d'autres, l'origine de ces sensations remontait à une époque fort ancienne, ou même jusqu'à l'enfance, et cependant tout prouvait que la tuberculisation pulmonaire reconnaissait chez eux une date beaucoup moins éloignée. On se

rappelle que nous avons, d'après M. Woillez (1), cité trois cas où une dyspnée congéniale coïncidait avec le rétrécissement et la déformation de la poitrine que nous avons désignés sous le nom de *primitifs*; on se rappelle aussi que nous avons attribué la dyspnée congéniale qui a eu lieu chez cette classe de malades à la gêne de fonction qui devait résulter du développement incomplet de leurs poumons. M. Louis dit également qu'un assez grand nombre de malades avaient la respiration plus ou moins gênée dès l'enfance (2); mais il ne dit pas si la poitrine de ces malades présentait ou non son développement normal. M. Andral a rencontré aussi un certain nombre de malades chez lesquels la dyspnée semblait être congéniale et même héréditaire comme la phthisie. Il a connu, dans les mêmes familles, plusieurs membres qui, tous, sont devenus tour à tour phthisiques, et dont la respiration avait aussi commencé à être courte dès l'enfance (3). La dyspnée observée par MM. Louis et Andral chez les individus phthisiques paraissait indépendante de toute affection accessoire; il en était de même chez la plupart des malades de mes observations qui ont offert ce symptôme. Cette dyspnée était d'ailleurs différente de celle qui se montre dans le cours des maladies aiguës ou chroniques des organes pulmonaires : c'était moins un besoin de respirer plus souvent, qu'un sentiment tout particulier de gêne et de malaise intérieurs, d'étouffement, qui quelquefois avait vaguement son siége dans toute la région antérieure de la poitrine, mais, le plus souvent, était plus marqué dans l'un des côtés, celui qui plus tard est devenu le siége de l'altération. Il est un assez grand nombre de malades chez lesquels ces sensations passent d'abord presque inaperçues, tout en lais-

(1) Ouvrage cité, p. 352.
(2) Recherches sur la phthisie, p. 205.
(3) Auscultation médiate, édit. de 1837, p. 246.

sant dans leur mémoire une impression qu'ils se rappellent très bien, et qu'ils se représentent nettement à l'esprit, quand plus tard on les questionne à ce sujet. Quand on interroge les malades avec soin, on voit ce phénomène manquer beaucoup moins souvent que ne le ferait supposer l'oubli complet dans lequel l'a laissé Laënnec. M. Clark, aussi, le croit beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément (1). En général, la dyspnée des phthisiques augmente à mesure que la maladie fait des progrès, mais alors elle perd du caractère un peu spécial, comme nerveux, qu'elle présentait à la première période de l'affection, pour revêtir la forme qui lui est ordinaire dans toutes les maladies des appareils respiratoire et circulatoire qui ont pour effet de mettre obstacle à la respiration. Après avoir examiné, comparativement aux phthisiques du premier degré, un grand nombre de malades atteints de tout autre maladie, soit des organes thoraciques (le cœur excepté), soit des autres organes de l'économie, je n'ai observé que bien rarement une dyspnée qui survienne dans des circonstances semblables à celle de la phthisie, qui présente les mêmes caractères, enfin qui puisse être facilement confondue avec elle; ce qui fait, que chez un individu qui autoriserait par d'autres raisons le soupçon de la phthisie, la dyspnée, soit congéniale, soit acquise, me semblerait devoir augmenter beaucoup la valeur de ce soupçon, si cette dyspnée se présentait avec les caractères particuliers que j'ai indiqués, et s'il n'existait aucune affection, *ni nerveuse*, *ni organique*, capable de l'expliquer. Hors ce cas, la dyspnée me paraît être un signe de fort peu de valeur dans le diagnostic de la première période de la phthisie.

La dyspnée que je viens de décrire se retrouve dans les formes ordinaires de la phthisie. Elle est un symptôme peu

(1) Traité de la Consomption, p. 85.

fatigant pour les malades; nous avons vu qu'elle passait presque inaperçue chez un certain nombre d'entre eux. Mais il est un cas particulier dans lequel elle se présente sous une forme vraiment inquiétante, c'est le cas de la phthisie très aiguë, à marche très rapide. Ce n'est pas qu'elle soit constante dans cette variété de la phthisie, mais c'est là surtout qu'on l'observe. On est étonné de voir un individu qui ordinairement se porte bien et respire facilement, offrir presque tout-à-coup des symptômes de fièvre hectique aiguë très marqués, et une gêne très grande et assez particulière de la respiration : c'est un état d'*oppression respiratoire*, qui donne un cachet tout particulier à l'expression faciale du malade; ce n'est pas cette crainte de respirer qui se remarque dans les cas de vive douleur pleurétique; c'est quelque chose de sourd, de caché, d'insidieux en quelque sorte, dont l'observateur reconnaît l'influence, et dont le malade éprouve les effets sans paraître se douter sérieusement du péril qui le menace; sa sensibilité n'est pas en vigilance ouverte, comme dans les cas de pleurésie, comme dans les cas où un obstacle mécanique et sensible s'oppose à sa respiration ; la dyspnée qu'il éprouve semble offrir tout à la fois les caractères propres à la dyspnée physique et à la dyspnée nerveuse. Si, dans cet état, on l'interroge sur ses sensations, il accuse vaguement un *sentiment de poids* et surtout d'*étouffement* sur la poitrine, et il applique sa main sur toute la région antérieure du thorax. Ce sont ordinairement là les paroles et le mouvement dont se servent ces malades pour exprimer ce qu'ils sentent. Mais leur *expression parlée* reste toujours au-dessous de leur *expression faciale*, et ils se plaignent beaucoup moins que l'on ne s'y attend, et qu'ils auraient, d'après ce qu'il semble, le droit de le faire. J'insiste avec intention sur ces détails de pratique, parce que le diagnostic par l'auscultation et la percussion est quelquefois très difficile dans la

première période de la phthisie aiguë, et que les caractères particuliers de dyspnée que je viens de tracer peuvent être d'un grand secours pour ce diagnostic. Réunis aux symptômes fébriles que je nomme *fièvre hectique aiguë*, ils peuvent même, quand on a l'habitude de les juger, suffire à faire reconnaître la phthisie. Plusieurs fois, j'ai vu ces caractères être assez prononcés, et produire une impression assez profonde, pour que, dès le premier aperçu d'un malade, je me sois hasardé à prononcer un diagnostic que la suite a vérifié. Je m'étonne que les auteurs n'aient point signalé cette forme particulière de dyspnée, qui ne se retrouve la même, et entourée des mêmes circonstances, dans aucune autre affection. Elle se manifeste quelquefois dès le début de l'infiltration tuberculeuse des poumons; d'autres fois elle n'offre qu'un peu plus tard, quand la fièvre est bien allumée, des caractères assez prononcés pour qu'elle soit facilement reconnue. Elle correspond toujours à une infiltration tuberculeuse *miliaire*, qui envahit toutes les parties du poumon, même ses lames antérieures, et qui, en peu de temps, infiltre toute sa masse. Elle marche toujours de front avec les symptômes fébriles qui accompagnent cette forme particulière de la phthisie; elle s'accroît avec eux, à mesure que la maladie fait des progrès; elle finit par jeter les malheureux phthisiques dans la suffocation et l'angoisse. Cet état s'accompagne quelquefois d'un délire assez prononcé, qui précède la mort, tantôt de quelques heures, tantôt de plusieurs jours, comme je l'ai vu chez quelques malades. Ce tableau, si rapide, si péniblement animé, si différent de celui que présente la mort ordinaire des phthisiques, laisse une impression toute particulière sur l'observateur, impression qui fatigue l'âme et que l'on conserve long-temps. Quant aux malades eux-mêmes, ils sont en proie à un mal qui les opprime; leur facies l'exprime au plus haut degré, mais ils n'en ont pas la conscience; ils semblent

41

surtout ne pas se douter de l'origine et du siége de leur affection; absorbés par la fièvre qui les consume, ils ne sentent que cela, parlent à peine, et s'enterrent le plus qu'ils peuvent sous leurs couvertures; ils semblent avoir perdu cette salutaire inquiétude d'eux-mêmes, qui est le caractère ordinaire de la sensibilité des malades; du reste, il ne paraît pas qu'ils souffrent beaucoup, au moins si l'on entend ici par souffrance celle que les paroles expriment. Cette sorte d'état d'oppression intellectuelle augmente avec les progrès de l'infiltration tuberculeuse, et se change quelquefois, sur la fin, en un délire violent. J'ai vu quelques-uns de ces malades se lever brusquement de leur lit, et se mettre à parcourir la salle avec une expression toute particulière d'égarement, prononçant quelques mots mal articulés et sans suite; mais ne faisant de mal à personne, et se laissant très facilement reporter dans leur lit, où ils mouraient quelquefois peu d'instants après. Ce délire a quelque chose de particulier : c'est une sorte d'exaltation subite et violente de toutes les facultés qui tiennent à l'innervation, mais sans direction spéciale imprimée à cet élan subit et désordonné.

D'après ce que je viens de dire, la dyspnée des phthisiques du premier degré paraît avoir quelque chose d'*un peu spécial* chez les phthisiques ordinaires, et peut, dans les conditions et dans les limites fixées à la page 639, servir au diagnostic. Elle offre *un cachet tout particulier* dans certaines phthisies de forme miliaire et à marche très aiguë, très fébrile; cachet qui à lui seul suffit, dans quelques circonstances, pour faire découvrir la nature et la forme de l'affection.

La dyspnée congéniale, ou celle qui remonte à une date évidemment antérieure au début de la phthisie, paraît tenir à certaines conditions nerveuses des organes pulmonaires; celle qui survient après le début de l'affection, après le dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons, et qui

est de beaucoup la plus fréquente, paraît tenir tout à la fois à des modifications dans l'état physique et dans l'état nerveux des poumons.

2° *Douleurs*. Les douleurs de poitrine ont consisté chez nos malades dans des picotements et des élancements. Ces douleurs nous ont paru former deux classes. Les unes offraient un ensemble de caractères qui les faisaient ressembler beaucoup aux douleurs pleurétiques ordinaires; elles occupaient un point isolé et fixe, ordinairement situé vers les parties supérieures de la poitrine, du côté où les signes de tuberculisation devenaient ensuite les plus prononcés; elles augmentaient un peu pendant l'inspiration; elles duraient un temps variable entre un et plusieurs jours, puis disparaissaient, pour reparaître au bout d'un certain temps. Un assez grand nombre de malades nous ont présenté cette classe de douleurs. Quand ces douleurs commençaient à se manifester, on constatait, le plus ordinairement, des signes non douteux de tuberculisation au premier degré; ou bien, si on interrogeait le passé, le malade répondait que déjà il avait commencé à voir sa santé s'altérer, ses forces diminuer etc., quand il avait ressenti les premières atteintes de ces douleurs; elles augmentaient de fréquence et d'intensité à mesure que la maladie faisait des progrès. Enfin, tout fait croire que ces douleurs correspondaient à ces pleurésies partielles, légères, mobiles, rapides dans leur marche, qui annoncent ordinairement le développement excentrique de la tuberculisation (1). Cette classe de douleurs survenait

(1) Il est un fait qui donne à cette opinion toutes les apparences de la vérité, c'est le suivant: A l'autopsie des phthisiques, on trouve presque toujours le sommet des poumons entouré par une ancienne et épaisse fausse membrane, et adhérent au sommet de la poitrine. Or, dans un très grand nombre de cas, quelque soin qu'on mette à interroger les malades, ils ne se rappellent pas avoir éprouvé de fluxions de poitrine, et disent, au contraire, avoir ressenti, depuis une époque assez éloignée pour se rapporter à l'origine probable de la fausse membrane qui coiffe le sommet des pou-

ordinairement un peu plus tard que les sensations de gêne, d'étouffement, de dyspnée que je viens d'analyser.

Les douleurs de poitrine de la seconde classe étaient vagues, mobiles, inconstantes, variables pour leur siége, pour leur durée, pour leur intensité, de même que pour leur caractère. On ne pouvait y surprendre rien de fixe, sinon qu'elles paraissaient plutôt avoir leur siége dans les parties supérieures de la poitrine, entre les deux épaules, et un peu plus du côté où l'on avait lieu de penser que la maladie était plus avancée; cette circonstance elle-même offrait souvent des exceptions. On les voyait quelquefois prendre une assez grande intensité pour inquiéter les malades. Elles persistaient opiniâtrément pendant long-temps et puis disparaissaient tout-à-coup. Les changements de température un peu brusques, les temps d'orage les faisaient augmenter, ou reparaître si elles avaient disparu; les malades les nommaient, à cause de cela, douleurs de rhumatismes. En un mot, leur caractère était de n'en avoir aucun qui permît de leur attribuer quelque valeur.

Chez d'autres malades, encore en assez grand nombre, l'interrogation la plus soigneuse n'obtenait que des réponses négatives; la tuberculisation s'opérait sourdement et sans aucune douleur. Aussi étaient-ils ceux qui se doutaient le moins de leur position, qui parcouraient avec le plus d'insouciance et de tranquillité la route qui insensiblement les menait à la mort. Toutefois, le nombre des phthisies sans douleurs me paraît de beaucoup moins grand que celui des phthisies avec douleurs. Un très petit nombre de malades

mons, les sensations douloureuses qui font le sujet de cet article; de sorte que, ces sensations étant le seul symptôme appréciable que l'on puisse rapprocher des pleurésies successives auxquelles sont dues ces fausses membranes, on se trouve autorisé à penser que les sensations douloureuses ressenties à diverses époques par les malades correspondent aux pleurésies partielles qui ont eu lieu successivement, et qui ont laissé leur trace sur les poumons.

s'en plaignent spontanément. Il en est beaucoup chez lesquels ces sensations, quoique pas assez intenses pour provoquer de leur part des plaintes spontanées, sont assez distinctes pour faire sur leur mémoire une impression durable, et pour qu'ils répondent d'une manière très nette et très précise aux questions qu'on leur adresse à ce sujet. Lors de l'autopsie des phthisiques chez lesquels nous avions noté avec soin les sensations douloureuses qu'ils éprouvaient dans la poitrine, si on cherchait à faire des rapprochements, on trouvait ordinairement que le côté de la poitrine où elles avaient été plus constantes et plus marquées était précisément celui où l'infiltration tuberculeuse était plus abondante, plus superficielle, et les adhérences celluleuses de la plèvre plus nombreuses. On constatait surtout ce rapport quand les douleurs ressenties par le malade appartenaient à la première des deux classes dans lesquelles nous les avons divisées.

Ces résultats d'observations se trouvent tout-à-fait d'accord avec ce qui déjà a été écrit par les hommes qui ont observé avec soin cette classe de symptômes (1). Il est bien encore certaines circonstances, certaines variétés que je pourrais indiquer, mais que je passe sous silence, parce qu'elles ne feraient rien à la question que j'agite, au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire.

Les douleurs thoraciques que j'ai rangées dans la seconde classe ne peuvent exercer aucune influence sur ce diagnostic, non plus que l'absence totale de toute douleur de la poitrine. Quant à celles de la première classe, il ne faut pas s'attendre à les trouver toujours aussi bien définies, aussi distinctes que je viens de le faire paraître

(1) Andral, édit. de 1837 de l'Auscultation médiat., t. 2, p. 236.
Louis, Recherches sur la phthisie, p. 205.
Clark, Traité de la consomption, p. 38.

pour les mettre plus en évidence; on peut formuler ainsi leur valeur diagnostique : 1° Si elles sont aussi nettes et aussi tranchées que dans le tableau que je viens d'en faire, chez un individu dont les symptômes locaux ou généraux laissent encore douteuse la question de phthisie, elles pourront la décider par l'affirmative; 2° Si ces sensations, quoique variables dans leur forme et dans leur siége, quelquefois même dans leur caractère, sont cependant assez prononcées pour fatiguer le malade, assez fréquentes pour attirer son attention et ses plaintes, assez distinctes pour être analysées par lui avec cette netteté et cette forme d'expression qui différencient les sensations qui ne sont qu'un jeu de l'imagination de celles qui sont réelles, elles peuvent ajouter une probabilité de plus à la probabilité déjà existante.

3° *Gêne à respirer*. Si, dans la première période de la phthisie, on prie les malades un peu intelligents de s'étudier pour savoir de quel côté de la poitrine leur respiration se fait avec le plus de facilité et d'expansion, ils répondent assez souvent qu'ils sentent une différence dans la manière dont la respiration s'exécute à droite et à gauche, et ils ont la conscience qu'elle ne s'exécute pas aussi complètement et aussi facilement d'un côté que de l'autre. Le côté où ils sentent une gêne dans l'expansion respiratoire est celui où les autres moyens d'investigation constatent ou font soupçonner le maximum de l'infiltration tuberculeuse; quelquefois même, les malades intelligents et préparés à ce genre d'examen descendent plus loin dans l'analyse de leurs sensations : ils disent que c'est dans le sommet et à l'intérieur de leur poitrine que se fait sentir cette difficulté de respirer, et que c'est le mouvement de l'inspiration et non celui de l'expiration qui est gêné. La plupart des malades ne savent analyser la sensation dont je parle dans ce moment que lorsqu'il existe une différence

assez notable dans le degré de la tuberculisation des deux côtés; mais, comme ce cas est de beaucoup le plus commun, comme il est rare, même à une période très peu avancée, que l'infiltration tuberculeuse soit à un égal degré des deux côtés, cette analyse de sensations se trouve être applicable au plus grand nombre des malades que l'on observe. On conçoit, d'ailleurs, que chez les malades de la ville, toujours plus intelligents que ceux des hôpitaux, ce genre de signes doit fournir des résultats plus complets et plus exacts.

La sensation que je viens d'analyser a au moins autant de valeur que la précédente. Mais cette sensation, de même qu'une grande partie des signes locaux, indique seulement la *probabilité* d'existence d'un obstacle mécanique à la respiration, et est incapable d'en faire juger la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse. Si on suppose que cet obstacle est dû à la présence de tubercules dans les poumons, la sensation de gêne à respirer suppose que l'infiltration tuberculeuse est à un degré assez considérable. Dans tous les cas, le degré de confiance qu'on peut lui accorder à ce signe est en raison de son isolement ou de sa réunion à d'autres signes.

4° *Influence sur le décubitus.* Plusieurs malades atteints de tuberculisation qui, selon toutes les apparences, était encore à l'état de crudité, avaient une tendance particulière à se coucher sur le côté de la poitrine où se trouvait le maximum de l'infiltration tuberculeuse, probablement pour laisser à l'autre poumon le plus de facilité possible d'expansion; mais je dois dire que ce fait n'a été bien prononcé que chez un très petit nombre de malades. L'obligation où l'on est de n'en tenir aucun compte toutes les fois que, dès avant l'invasion des symptômes de la phthisie, le malade avait l'habitude de reposer sur ce même côté de la poitrine, est la raison de son peu de fréquence dans nos

observations. Ce signe, d'ailleurs, n'est applicable qu'à un degré fort avancé de la première période, et il ne peut jamais avoir rien de propre à la phthisie. Par toutes ces raisons, il ne mérite pas que, dans aucun cas, on lui fasse une part dans le diagnostic de cette première période.

5° *Retentissement douloureux.* Si on percute la poitrine chez des phthisiques au premier degré, et qu'en même temps on les engage à remarquer de quel côté la percussion est plus sensible ou plus douloureuse, ils accusent ordinairement plus de douleur d'un côté que de l'autre, et le côté dans lequel le retentissement a été le plus sensible est celui dans lequel la tuberculisation a atteint une phase plus avancée. Mais, pour être en droit de compter sur les résultats de ce moyen d'investigation, il faut avoir le soin de percuter des deux côtés avec la même force, et dans des points exactement correspondants, sans quoi le résultat pourrait être erroné.

Le résultat est le même si on fait parler ou tousser un peu fortement le malade, et si on le prie d'apprécier le degré comparatif de sensibilité que le retentissement vocal et tussif a occasionné de chaque côté.

Le rapport que j'ai pu quelquefois établir entre les symptômes et l'anatomie pathologique m'a prouvé, en effet, qu'il suffisait d'une différence assez légère dans l'état physique comparatif des deux poumons, pour déterminer une différence sensible dans le résultat symptomatique obtenu de l'un et de l'autre. C'est de ce principe que tirent toute leur valeur les signes que peuvent fournir les sensations morbides que j'analyse, et en particulier celle dont il est question dans ce moment.

En résumé, nous voyons que, le plus souvent, on n'obtient des malades qu'un jugement relatif sur les sensations qu'ils éprouvent dans les deux côtés de la poitrine, et pres-

que jamais un jugement absolu; mais que, ce jugement relatif étant de beaucoup le plus fréquemment applicable, on peut encore en tirer tout le parti diagnostique dont est susceptible l'analyse des sensations morbides. Or, cette analyse peut fournir une probabilité diagnostique d'autant moins à dédaigner, que, réunie à plusieurs autres probabilités, elle peut se convertir en certitude.

6° *Sensations morbides éprouvées dans le larynx.* Dans le grand nombre de malades que j'ai interrogés sur ce sujet, à peine en ai-je rencontré quelques-uns qui, dans le cours de la première période de la phthisie pulmonaire, aient accusé quelque sensation morbide du côté du larynx, tandis que cette circonstance est bien loin d'être rare dans les périodes subséquentes. Je n'excepte point du fait général négatif que j'exprime les malades qui présentaient cette altération particulière de la voix que j'ai décrite à la page 539. Le peu de malades qui nous ont accusé quelque sensation morbide au larynx s'en étaient à peine aperçus avant que nos questions eussent attiré leur attention sur ce sujet: ces sensations consistaient dans quelques petits élancements ou picotements passagers, ou dans tout autre sentiment plus ou moins pénible qu'ils définissaient mal. Mais il est évident que la négation ou l'affirmation de cette circonstance ne peuvent influer en rien sur le diagnostic que nous recherchons.

Résumons, d'une manière générale, tout ce qui a rapport à l'analyse des sensations morbides éprouvées par les phthisiques dans l'intérieur de leur poitrine. Disons, d'abord, que ces sensations ne peuvent avoir quelque valeur diagnostique qu'à la condition d'être accusées d'une manière précise par les malades; or, comme cette précision dépend beaucoup de la manière dont on dirige l'interrogation des malades, on ne saurait apporter trop de soin à cette interrogation. Quand on s'adresse à des malades d'une classe

inférieure, d'une intelligence médiocre, il est nécessaire d'employer certaines formes de langage qui deviennent inutiles auprès des malades placés dans tout autre condition; c'est ainsi que pour amener leur esprit à se prêter avec discernement à l'analyse qu'on leur demande, il faut d'abord les mettre bien à leur aise, et pour cela gagner leur confiance, leur parler avec douceur, emprunter quelquefois, pour se faire comprendre, leur langage grotesque mais expressif, leur poser chaque question d'une manière très simple et très claire, et les empêcher de répondre trop précipitamment à ce qu'on leur demande, les engager à réfléchir un instant, à analyser de nouveau leurs sensations, enfin, à se bien assurer, par cette analyse, de ce que doit être leur réponse; surtout il ne faut pas que leur esprit, naturellement paresseux, trouve la réponse toute faite dans la manière dont la question leur est adressée; il importe que ce soit par une étude d'eux-mêmes qu'ils arrivent à cette réponse. Avec de pareilles précautions, il est rare de trouver des malades assez peu intelligents pour ne pas fournir les renseignements que l'on désire; et les résultats obtenus dans de pareilles conditions d'interrogation peuvent être fort utiles au diagnostic (1). Ces résultats sont les suivants :

Un grand nombre de phthisiques éprouvent, dans le cours de la première période de leur affection, un certain nombre de sensations morbides qui ont leur siége dans la poitrine. Ces sensations se présentent sous cinq formes principales, celles que j'ai analysées précédemment; et ces cinq formes, la quatrième excepté, tiennent toutes à peu près le même rang, et conduisent à peu près au même but. Elles appa-

(1) Quel que soit le point de vue sous lequel on interroge les malades, surtout les malades d'hôpital, on ne saurait, sans inconvénient, se dispenser des précautions que je viens d'indiquer; car deux observateurs qui se succèdent au lit d'un même malade, et qui l'interrogent négligemment, en obtiennent quelquefois des réponses tout-à-fait différentes.

raissent rarement avant le début de la maladie locale; quelquefois elles font partie de ce début; le plus souvent elles suivent de plus ou moins près l'infiltration tuberculeuse des poumons. Considérées sous ce rapport, elles ne peuvent point, en général, faire remonter le diagnostic au delà de la deuxième phase de la première période de la phthisie; le plus ordinairement, leur valeur ne va pas jusque là, et se borne à décider le diagnostic sur la fin de la première période; mais elles peuvent, dans un certain nombre de cas, déterminer le jugement dès la seconde phase de cette première période. On peut s'en servir avantageusement pour reconnaître celui des deux côtés de la poitrine dans lequel l'infiltration tuberculeuse est le plus avancée; car, ordinairement, les sensations morbides sont plus prononcées d'un côté que de l'autre, et le côté dans lequel elles sont le plus marquées est celui où l'infiltration tuberculeuse est le plus abondante. Ces diverses sensations peuvent se combiner entre elles, et, au lieu des caractères assez distincts qu'elles présentent dans leur isolement, offrir des caractères mixtes, qui diminuent leur valeur en empêchant de les reconnaître et de leur appliquer les règles de diagnostic que j'ai tracées précédemment; mais leur coexistence chez un même malade n'exclut pas l'application de ces règles, quand les caractères propres à chacune de ces sensations peuvent encore être reconnus. La réunion de plusieurs de ces sensations, quand elle ne nuit point à la netteté de leurs caractères, est même une raison de leur accorder plus de confiance; cette réunion produit alors l'effet de plusieurs probabilités qui tendent vers le même but. Considérées dans leur isolement, ces sensations se changent quelquefois les unes dans les autres; quelquefois elles se dissimulent, s'obscurcissent pendant quelques jours, sans presque jamais disparaître tout-à-fait. Quelques malades, cependant, assurent être restés long-temps débar-

rassés de ces sensations, après en avoir été tourmentés pendant plus long-temps encore; mais ce fait ne se remarque que dans la phthisie à marche très lente; en effet, ces obstacles momentanés ou périodiques, ces variations de siége paraissent tenir, au moins dans un certain nombre de cas, aux paroxysmes que présente de temps en temps, dans tel ou tel point, le travail de tuberculisation qui s'est emparé des poumons. Il existe, avons-nous dit, un rapport à peu près constant entre le siége inaccoutumé des sensations morbides dans tel côté de la poitrine, et le développement plus considérable de l'infiltration tuberculeuse dans le même côté; mais il n'existe pas de rapport aussi constant entre le point de tel côté de la poitrine où l'altération est le plus avancée, et le point où les sensations morbides sont le plus prononcées; assez souvent, au contraire, nous avons vu les malades accuser ces sensations dans toute autre partie de la poitrine que les sommets, qui sont presque toujours, comme on le sait, le lieu de maximum de l'altération tuberculeuse. Parmi les sensations morbides que je signale dans cet article, les unes paraissent être un résultat tout mécanique des conditions physiques nouvelles dans lesquelles se trouvent les poumons; d'autres semblent prendre naissance dans certaines conditions nerveuses de ces organes; d'autres, enfin, paraissent tirer leur origine de ces deux sources à la fois.

En somme, les sensations morbides de la poitrine, quand elles sont analysées avec soin, méritent assez de confiance, et apparaissent assez tôt dans le cours de la phthisie pour qu'on puisse les appliquer utilement au diagnostic de la première période de cette affection; mais elles ne peuvent pas faire remonter ce diagnostic au delà de la seconde phase de cette première période.

ARTICLE VIII.

SIÉGE ET ÉTENDUE DES SIGNES LOCAUX.

On constate par l'examen attentif des signes locaux, de leur degré comparatif à droite et à gauche, de leur marche, de leurs transformations successives, que, le plus souvent, la tuberculisation apparaît plus tôt, se développe plus vite, et acquiert plus d'intensité dans un côté de la poitrine que dans l'autre. Mais, dans l'état actuel de la science, il reste du doute sur celui des deux côtés qui est le plus souvent le siége de ce maximum d'intensité et de rapidité de la maladie. Il résulterait des témoignages de Stark, de Carmichaël Smith, de Bonet, de Morgagni, de MM. Andral, Louis, Reynaud, que, sous ce rapport, le côté gauche l'emporte beaucoup sur le côté droit. Laënnec a obtenu un résultat tout opposé : suivant lui, c'est dans le côté droit que la maladie se montre à son degré le plus élevé, apparaît en premier lieu, et suit la marche la plus rapide. Mes observations confirment entièrement, sous ce rapport, celles de Laënnec. J'ai analysé dans ce sens les 192 faits que j'ai recueillis dans les hôpitaux ; j'en ai trouvé 170 qui peuvent répondre convenablement à la question dont il s'agit ; or, sur ces 170, il y en a un peu moins des deux tiers chez lesquels le maximum des symptômes constatés par l'examen, ou le maximum des altérations constatées par l'autopsie, a été à droite ; chez la plus grande partie des malades composant l'autre tiers, ce maximum a eu lieu à gauche ; enfin, les malades qui complètent le nombre 170, nous ont offert des symptômes ou des altérations à un degré à peu près égal à droite et à gauche (1). M. Hirtz s'exprime dans toute sa

(1) Aime-t-on mieux que je donne des chiffres précis ? Voici le résultat de mon relevé : sur 170 malades chez lesquels se trouvaient notés la pré-

thèse de manière à faire penser qu'il a obtenu le même résultat. En résumé, il me semble que, dans l'état actuel de la science, la question doit rester encore indécise, jusqu'à ce que des relevés statistiques faits sur une grande échelle, et seulement sur des observations dans lesquelles les détails symptomatiques ou anatomo-pathologiques seront suffisants pour ne laisser aucun doute sur la validité du résultat comparatif de droite et de gauche, auront établi une grande différence dans les chiffres comparatifs du siége maximum de la maladie à droite et à gauche. Quoi qu'il en soit, un fait qui reste bien positivement établi par les observations de tous les auteurs qui ont examiné cette question avec soin, c'est que le développement de la tuberculisation à un égal degré des deux côtés, et dès lors l'égalité des symptô-

dominance des symptômes ou des altérations à droite ou à gauche, ou bien leur égal développement des deux côtés, 109 offraient le maximum des symptômes ou des altérations à droite, 46 à gauche, et, chez 15, ce développement était égal des deux côtés.

Ce résultat a été constaté par l'autopsie chez 8 des 46 malades dont le maximum était à gauche, et chez 21 des 109 malades dont le maximum était à droite De telle sorte que si l'on révoquait en doute la distinction établie au moyen des symptômes, la distinction faite par l'autopsie établirait encore qu'un peu moins des deux tiers des phthisiques morts et soumis à l'autopsie offraient le maximum de l'altération tuberculeuse dans le poumon droit.

Si nous prenons pour base de cette distinction la symptomatologie, nous voyons, 1° que sur les 46 malades dont le maximum des symptômes était à gauche, 19 présentaient les signes qui précèdent le ramollissement des tubercules, et 27 les signes qui accompagnent ce ramollissement et la formation des cavernes; 2° que sur les 109 malades chez lesquels le maximum des symptômes était à droite, 55 offraient les signes qui précèdent, et 54 ceux qui suivent le ramollissement des tubercules et la formation des cavernes. De telle sorte que, si l'on révoquait en doute la distinction établie au moyen des signes qui précèdent le ramollissement des tubercules, il resterait encore prouvé, par les signes qui suivent ce ramollissement et qui accompagnent la formation des cavernes, que le nombre des malades chez lesquels le maximum de l'affection était à droite est double du nombre des malades chez lesquels ce maximum était à gauche.

mes de droite et de gauche, sont une chose fort rare. Or, ce fait est surtout celui qu'il nous importe de constater. Il en découle une règle d'examen et de diagnostic dont j'ai déjà plusieurs fois indiqué l'application, et sur laquelle je vais rappeler l'attention, à cause de son importance. Lorsqu'un fait douteux se présente, on juge plus sûrement du caractère normal ou anormal de ce fait, si l'on a sous les yeux le type qui doit servir de terme de comparaison et de jugement, que si l'on ne possède ce type qu'en mémoire seulement. C'est pour cela que, dans la première période de la phthisie pulmonaire, lorsque le diagnostic est douteux, il convient, au lieu de juger d'une manière absolue l'état normal ou anormal de chaque côté pris isolément, de comparer les résultats fournis par l'un et par l'autre, et de juger d'après la différence qui existe entre les deux. Il pourra bien se faire que les caractères recueillis par l'auscultation, par la percussion, etc., dans l'un des côtés de la poitrine, caractères que l'on prend pour terme de comparaison, ne soient pas les caractères normaux de la respiration, du son, etc.; mais ils n'en auront pas moins servi à faire sentir la différence qui existe entre eux et ceux du côté opposé; car j'ai dit, en traçant les caractères physiologiques des bruits, du son, de la vibration, des mouvements de la poitrine, que les bruits respiratoires, le son, la vibration et les mouvements thoraciques étaient les mêmes des deux côtés. Si, ensuite, on veut pousser plus loin l'examen, on prend pour terme nouveau de comparaison le résultat obtenu dans un point de la poitrine sur l'état normal duquel il ne peut exister aucun doute, et on s'en sert pour juger si le premier terme de comparaison, c'est-à-dire celui que l'on a pris sur l'un des côtés antérieurs et supérieurs de la poitrine, est absolument normal lui-même, ou bien s'il est un commencement de dégradation de l'état normal. Mais il ne faut pas oublier de tenir compte des différences

naturelles qui existent, sous ce rapport, entre les différents points de la hauteur de la poitrine. Si les résultats obtenus n'offraient pas de différence sensible entre les deux côtés, et si ces résultats ne s'éloignaient que très peu du type normal, on serait en droit, je crois, de rejeter le soupçon de phthisie. Mais l'observateur accoutumé à la méthode d'auscultation que j'ai développée dans la première partie de cet ouvrage, habitué à toutes les formes, à tous les degrés d'état morbide et d'état normal de la poitrine, l'observateur qui s'est assuré, par un exercice prolongé de ses sens, de l'exactitude des résultats qu'il obtient par les divers modes d'investigation, peut juger d'une manière *absolue* les phénomènes offerts par chaque côté de la poitrine pris isolément, avec autant de justesse que tout autre qui les jugerait d'une manière relative. Dans la presque universalité des cas, les symptômes de phthisie apparaissent au sommet de la poitrine et dans la région antérieure de ce sommet avant d'apparaître en aucun autre point. Mais ce n'est pas une raison pour borner son examen aux régions sous-claviculaires. Quelquefois, en effet, la tuberculisation a fait sa jetée sur un point différent de son siége ordinaire, par exemple, sur la partie supérieure et postérieure, sur la partie postérieure moyenne, sur la partie latérale interne supérieure des poumons, comme je l'ai vu chez quelques malades; et on trouve là des symptômes assez prononcés, tandis que les régions sous-claviculaires n'offrent aucun signe qui permette de prononcer un jugement, soit affirmatif, soit négatif.

C'est ordinairement par la partie centrale du sommet du poumon que débute la phthisie. Dans quelques cas rares cependant, on la voit commencer son envahissement successif par les parties excentriques de l'organe. Lorsque ce développement excentrique a lieu sur le sommet, les petites pleurésies partielles qu'il provoque ne paraissent pas,

d'après les observations de M. Louis (1), s'accompagner des douleurs de poitrine qui en sont le symptôme assez ordinaire quand il a lieu dans les régions antérieures et latérales moyennes.

La marche plus rapide et le développement plus considérable de la phthisie ne restent pas toujours concentrés dans le même sommet du poumon où ils s'étaient manifestés d'abord; je les ai vus chez quelques malades passer de droite à gauche ou de gauche à droite, après avoir long-temps occupé le côté opposé. Le plus souvent on ne peut assigner aucune cause à ces changements que la phthisie présente dans son siége et son lieu de maximum; il en est de même, quelquefois, de ceux qu'elle offre dans sa marche et dans son degré; c'est-à-dire de ces recrudescences subites et de ces assoupissements inespérés, plus ou moins momentanés, qui, assez souvent, interrompent sa marche régulière.

Dans la première période de la tuberculisation, et dans la très grande majorité des cas, les symptômes, comme les altérations, sont bornés à une faible étendue des régions antérieures et supérieures de la poitrine. Cette étendue augmente successivement à mesure que la maladie fait des progrès, et déjà il existe des tubercules en ramollissement ou même des cavernes dans le sommet du poumon, quand les signes de la première période se montrent vers les régions moyennes de la poitrine. Mais il est des exceptions à ce fait général: c'est ainsi que, dans certaines formes de la phthisie aiguë, par exemple dans celle que j'ai décrite à la page 640, la tuberculisation envahit tout à la fois la masse entière du poumon et se trouve quelquefois aussi abondante à la base qu'au sommet de l'organe. Le dépôt de la matière tuberculeuse devient en fort peu de temps tellement abondant, que le malade succombe aux accidents d'asphyxie et de fièvre hectique, avant que le travail de ramollissement

(1) Recherches sur la phthisie, p. 208.

ait commencé dans aucun point. Les signes locaux sont quelquefois très obscurs, dans cette forme de la phthisie : j'y reviendrai plus loin en parlant des variétés symptomatiques; je me borne à dire, dans ce moment, que la dissémination de ces symptômes, en contradiction avec leur concentration ordinaire dans les sommets des poumons, ne devrait pas faire rejeter trop légèrement la pensée de leur rapport avec la phthisie; loin de là, on pourrait tirer de ce caractère de dissémination des symptômes un moyen de reconnaître la forme particulière qu'affecte alors la tuberculisation. J'ai déjà dit que cette forme est la forme miliaire.

Les signes locaux de la phthisie pulmonaire ont leur maximum d'intensité, de développement, avons-nous dit précédemment, dans les régions antérieures et supérieures de la poitrine; par opposition, dans les régions postérieures et supérieures, le plus ordinairement ils sont un diminutif de ceux de la partie antérieure. Mais cette différence tient beaucoup moins à la transmission incomplète des bruits de la poitrine à travers la paroi postérieure de cette cavité, plus épaisse que sa paroi antérieure, qu'elle ne tient à la plus grande confluence de l'infiltration tuberculeuse sur les parties antérieures que sur les parties postérieures des sommets des poumons. En effet, la plupart des moyens d'investigation que j'ai passés en revue sont presqu'aussi heureusement applicables à la partie postérieure qu'à la partie antérieure de la poitrine.

Aux pages 445, 535, 536, j'ai attribué une certaine valeur diagnostique aux pneumonies et aux bronchites dont le siége électif et presque exclusif est au sommet de la poitrine, et dont les symptômes généraux sont disproportionnés à l'étendue qu'elles occupent; j'insiste de nouveau sur la valeur de ces deux caractères : *siége des pneumonies et des bronchites sur le sommet des poumons, symptômes généraux*

disproportionnés à l'étendue des phénomènes locaux. En effet, je me sens d'autant plus disposé à avoir confiance dans ce résultat de mes observations, qu'au moment où je corrige ces feuilles, un de mes amis, M. Fontan, m'apprend que M. Louis est arrivé aussi à ce fait général : que les bronchites dont le siége électif est au sommet de la poitrine indiquent, dans un grand nombre de cas, la présence de tubercules dans le sommet des poumons.

Nous voyons, en résumé, qu'il est essentiel, dans l'examen auquel on se livre chez un malade soupçonné de phthisie, de tenir compte du *siége* et de *l'étendue* des symptômes.

ARTICLE IX.

APERÇU GÉNÉRAL SUR LES SIGNES FOURNIS PAR LE SYSTÈME RESPIRATOIRE.

J'ai passé en revue, dans les articles précédents, chaque ordre de phénomènes que le système respiratoire peut présenter dans le cours de la première période de la phthisie pulmonaire : faisons maintenant un retour sur ces phénomènes, et considérons-les dans leur ensemble, dans leurs liaisons, dans leurs rapports avec la maladie qu'ils représentent, et dans les conséquences diagnostiques générales qui en résultent.

Parmi les différents moyens d'investigation auxquels nous avons emprunté les signes dont il est question, l'auscultation occupe sans contredit le premier rang, et pour le nombre et pour la valeur de ces signes. Elle seule recueille des phénomènes assez tranchés, quoique très délicats, régis dans leur apparition, dans leur marche, dans leurs formes et leurs degrés, par des lois assez constantes pour qu'un rapport exact puisse être établi entre eux et le début de l'affection, pour qu'on puisse remonter par eux au diagnostic de la première phase de la première période de la

phthisie, et pour qu'on puisse mesurer sur leurs dégradations successives la marche et le degré de l'affection. On a bien compris, dans ces derniers temps, que là étaient les principales ressources du diagnostic de la phthisie à son début; car c'est surtout de ce côté que se sont dirigés les efforts. Mais chaque observateur que l'instinct du siècle a poussé dans cette voie y a marché sans plan et sans méthode, et il en est résulté que, le peu de faits recueillis çà et là ayant perdu leur liaison naturelle et par cela même une grande partie de leur valeur, on n'a fait que tâtonner, au lieu qu'on eût marché d'un pas sûr si l'on se fût saisi dès l'abord de la chaîne des phénomènes, par une observation plus complète et mieux dirigée. Jackson (1) et M. Andral (2) sont les observateurs qui ont le plus insisté sur certains faits d'auscultation capables de concourir au diagnostic de la première période de la phthisie, et qui ont indiqué avec le plus de précision le rapport qui unit le bruit d'expiration avec la présence de tubercules dans les poumons. Comme on a pu le voir, je me suis particulièrement attaché, dans mes recherches sur l'auscultation, d'abord à bien constater les faits qu'elle recueille, et ensuite à bien saisir l'enchaînement qui réunit ces faits les uns aux autres et qui en forme un système complet. Chacune des parties de ce tout correspond à un certain degré de la maladie et à un certain moment de sa marche; de telle sorte que l'auscultation, à elle seule, suffirait, dans certains cas, pour faire juger exactement de tout ce qui peut intéresser le diagnostic et le pronostic de la phthisie. C'est, fort souvent, l'auscultation qui met l'observateur sur la voie du problème à résoudre; c'est elle qui lui fournit les meilleures données pour la solution : les autres moyens d'inves-

(1) Société médicale d'observation, t. 1, p. XV.

(2) Auscultation médiate, édit. de 1837, notes des pages 8 et suivantes, et des pages 195, 196, 197, 198.

tigation ne font que corroborer, que confirmer le jugement indiqué par l'auscultation; aussi est-il bon de commencer par là l'examen de la poitrine d'un malade soupçonné de phthisie. Si l'auscultation suffit pour se prononcer, comme cela arrive quelquefois, on s'arrête là, et on épargne au malade la fatigue, d'ailleurs très légère, d'un plus long examen; si l'auscultation laisse du doute dans la pensée, on prend un à un et successivement tous les autres moyens d'investigation, jusqu'à ce que, suffisamment éclairé, on se trouve à même de prononcer son jugement. Cette méthode est surtout bonne à suivre dans la médecine de la ville, où l'on doit s'efforcer de rendre l'examen des malades le moins long et le moins fatigant possible, tout en prenant le temps, cependant, de réunir autour de soi les éléments suffisants pour un bon diagnostic. On est forcé quelquefois, pour arriver à un résultat satisfaisant, de ne négliger aucun des moyens d'investigation que j'ai passés en revue; aussi importe-t-il de connaître assez bien le maniement de ces moyens, et d'avoir assez l'habitude de leurs résultats pour que l'emploi de chacun d'eux, fait une seule fois, suffise à bien faire connaître tous les phénomènes qu'ils recueillent et à les faire classer dans la mémoire avec assez de méthode pour que, au moment de les rapprocher les uns des autres, ils apparaissent avec toute leur netteté devant l'esprit qui les rapproche, qui les compare et qui en exprime son jugement. Le moyen d'arriver à ce but est de faire l'examen des malades toujours dans le même ordre. Mais on ne saurait trop être convaincu de l'extrême importance qu'il y a, pour le diagnostic, à ce que chaque partie de l'examen de la poitrine soit faite avec une grande exactitude, en suivant des règles fixes, et en s'accompagnant à chaque pas de la précieuse faculté de l'attention. Quand on procède avec méthode et quand une attention soutenue dispense de revenir sur ce que l'on a déjà fait, on peut faire la revue de tous

les signes locaux en très peu d'instants. Certains signes négatifs sont quelquefois fort utiles à constater. A mesure qu'on avance dans l'examen, on juge la direction dans laquelle il convient de le continuer, selon la suffisance ou l'insuffisance des signes positifs, selon leur valeur absolue ou relative, complète ou douteuse. En général, quand rien ne s'y oppose, il convient de ne pas prononcer son jugement d'après les résultats fournis par un seul moyen d'investigation, attendu que ces résultats sont quelquefois contredits par ceux qui viennent ensuite, à cause de certaines combinaisons d'états morbides; il importe, au contraire, de ne juger que sur les résultats réunis des moyens d'investigation qui se contrôlent le mieux mutuellement, comme l'auscultation, la percussion, la palpation et l'inspection. Non-seulement ces moyens d'investigation ont l'avantage de se contrôler mutuellement; mais, quelquefois, chacun d'eux apporte au diagnostic un tribut dont les autres ne sont pas susceptibles, soit que leur résultat s'adresse directement à la maladie principale, la phthisie, soit qu'il éclaire seulement sur certains états morbides accessoires et coexistants.

Mais il faut prendre garde, dans la recherche des signes locaux, de ne pas être influencé par quelqu'opinion préconçue inspirée par l'ensemble extérieur de l'individu, par l'analyse des phénomènes généraux ou par celle des antécédents du malade; car il est facile, même au meilleur observateur, à l'homme de la meilleure foi du monde, placé ainsi sous l'empire d'une opinion déjà faite en grande partie, de se laisser aller à un tel état de distraction, de préoccupation, que les sens, qui ne sont plus surveillés par la faculté de l'attention, fassent à l'esprit, sans qu'il s'en doute, toutes les concessions favorables à l'opinion préconçue; cela est d'autant plus facile que les phénomènes sur lesquels s'exercent et les sens et l'esprit sont très variés, et ne sont séparés de

certains autres phénomènes qui entraînent après eux des conséquences toutes différentes, que par des nuances assez délicates. On est quelquefois étonné, en faisant un second examen, du résultat auquel on avait été conduit par le premier. L'inconvénient que je signale est surtout à craindre dans le diagnostic de la première période de la phthisie, parce que là les impressions peuvent venir à l'observateur de plusieurs côtés différents. Or, comme les signes locaux sont la meilleure base du jugement que l'on prononce, il est essentiel que l'observateur les voie exactement ce qu'ils sont; pour cela, il conviendrait, je crois, dès le moment où l'on a conçu quelque soupçon de phthisie, de commencer l'examen du malade par l'analyse des phénomènes locaux, et de ne s'occuper que plus tard de l'analyse des phénomènes généraux et des antécédents du malade. Il ne faut pas se dissimuler que le diagnostic de la première période de la phthisie est quelquefois aussi difficile qu'il est important, et qu'on ne saurait trop s'entourer des conditions qui peuvent garantir l'exactitude du résultat.

Il ne faut pas s'attendre à ce que les signes physiques recueillis par les différents moyens d'investigation soient toujours d'accord entre eux. On remarque quelquefois des contradictions apparentes entre ces signes; c'est ainsi que la percussion pourra donner un son clair là où l'auscultation a fait entendre quelques-unes des modifications de respiration qui annoncent la présence des tubercules. Mais la contradiction pourra n'être qu'apparente, et la différence entre les résultats des deux moyens d'investigation pourra tenir à ce qu'ils expriment des états organiques différents l'un de l'autre, mais coexistants. Ainsi, des tubercules qui occupent le centre du poumon peuvent donner lieu aux modifications des bruits respiratoires dont je viens de parler; tandis que, chez le même malade et sur le même poumon, la dilatation emphysémateuse des couches extérieures de

l'organe pourra provoquer un son clair si la percussion est faite légèrement, de manière à ce que l'onde sonore n'aille pas au delà des couches superficielles de l'organe. Il faut donc toujours avoir présents à l'esprit les différents états organiques qui peuvent se combiner sur un même poumon atteint de tubercules, et bien connaître les différentes combinaisons de symptômes qui peuvent en résulter ; c'est le seul moyen, dans les cas difficiles, de distinguer les contradictions apparentes de symptômes de leurs répulsions réelles.

On lit dans l'ouvrage de M. Clark les paroles suivantes, trop remarquables par leur vérité et par leur accord avec ce que je viens de dire, pour que je ne les mette pas sous les yeux du lecteur : « Je n'hésite point à dire qu'en adoptant l'habitude d'un examen rigoureux dès les premières visites que l'on fait aux malades, on pourra toujours reconnaître la plus grande partie des phthisies tuberculeuses dès les premiers temps de leur invasion. Je suis persuadé que très souvent elles restent méconnues pendant des mois et même des années, par suite du peu d'attention qu'on donne à l'examen de ces sortes de maladies. Jusqu'à ce qu'on ait adopté un système plus méthodique et plus minutieux de recherches sur l'histoire de la maladie, et tant que, non content de tenir note des symptômes ordinaires de l'affection pulmonaire, on ne s'aidera pas des lumières que peut fournir l'auscultation dans le sens le plus étendu de ce mot, les affections tuberculeuses des poumons pourront difficilement être reconnues à une période assez rapprochée de leur début pour qu'on puisse conserver l'espérance d'arrêter leurs progrès. Par suite de la manière superficielle dont on fait ces recherches, la maladie est souvent fort avancée, quand on suppose que le malade en est seulement menacé » (1).

(1) Voyez à ce propos les considérations que j'ai placées en tête du chap. XVII.

Les signes physiques que j'ai décrits dans le cours de ce chapitre ne sont pas, comme on pourrait le croire et comme on l'a écrit (1), des signes pathognomoniques de la phthisie pulmonaire; car il n'y a de pathognomonique que le signe qui appartient exclusivement à un certain état anatomique donné. Par la valeur qu'ils tirent de leurs combinaisons entre eux, de leur coexistence avec d'autres signes, et de l'absence de certains autres, les signes physiques que je viens de passer en revue peuvent conduire d'une manière précise au diagnostic des tubercules pulmonaires; mais leur valeur primitive ou absolue se borne à indiquer qu'il existe dans les poumons un certain nombre de petits corps étrangers, une certaine induration : ils ne peuvent faire préciser la nature de ces corps étrangers, ni de cette induration; c'est la valeur relative qu'ils tirent de leur réunion à d'autres signes, et surtout de leur coexistence avec certaines circonstances antécédentes, avec certains symptômes généraux actuels, qui conduit à la détermination de la nature même de l'altération. C'est ainsi que le caractère rude, dur, sec, des bruits respiratoires, que la diminution du chiffre de l'inspiration, les diverses altérations de timbre, l'augmentation du chiffre de l'expiration, etc., considérés isolément, peuvent appartenir à une foule d'états organiques différents par leur nature, mais les mêmes à peu près quant au fait physique qu'ils représentent : ici, c'est une fausse membrane épaisse qui recouvre la surface du poumon; là, une induration squirrheuse du tissu de cet organe, une pneumonie chronique, des noyaux de matière mélanique, des tumeurs hydatiques, etc., et partout, ce sont des corps étrangers qui compriment le tissu pulmonaire, qui empêchent son expansion, et qui sont des milieux plus denses alternant avec des mi-

(1) M. Hirtz, thèse de Strasbourg, p. 12 : « Le bruit râpeux peut donc être considéré comme le signe *pathognomonique* des tubercules à l'état de crudité. »

lieux plus rares; or, nous avons vu (1[re] partie, chap. VIII) par quel mécanisme ces modifications physiques, indépendamment de leur nature si variée, arrivaient à produire des effets identiques. Et en effet, toutes les modifications des bruits respiratoires que je viens de rappeler, et la plupart des signes fournis au diagnostic de la première période de la phthisie, par la percussion, la palpation, l'inspection, peuvent se montrer dans chacun des états organiques précédents; et ce n'est point par leur valeur absolue, mais seulement par leur valeur relative qu'on parviendra à reconnaître si c'est à telle ou à telle de ces altérations organiques qu'ils correspondent. Il est des observateurs qui considèrent le bruit d'expiration prolongé comme propre à la phthisie; presque tout ce qui a été écrit sur le bruit d'expiration porte l'empreinte de cette pensée : cette pensée est une erreur, car le bruit d'expiration peut se montrer dans une foule de circonstances différentes. On voit à quelles erreurs de diagnostic on serait nécessairement entraîné, en partant d'un pareil principe. Cette application erronée d'un résultat bon en lui-même est une conséquence du défaut de plan et de méthode que je signalais précédemment (v. p. 660). Ainsi, les mêmes signes physiques appartiennent aux diverses altérations organiques qui produisent dans la texture du poumon des modifications physiques à peu près semblables; il faudra donc chercher dans la fréquence relative de ces altérations diverses, dans les combinaisons des signes qui appartiennent à chacune d'elles, dans les signes d'un autre ordre qui viennent s'y joindre, dans les probabilités que fournissent telles et telles circonstances accessoires, les moyens de reconnaître la nature même de l'altération. C'est ainsi que les tubercules étant infiniment plus communs que tout autre altération capable de fournir à peu près les mêmes symptômes locaux, on a infiniment plus de raison pour admettre une phthisie pul-

monaire que pour admettre une pneumonie chronique du sommet du poumon, ou des tumeurs mélaniques, squirrheuses, hydatiques, etc. Le siége spécial qu'affectent les diverses altérations organiques peut également éclairer sur leur nature; c'est ainsi que des fausses membranes, assez épaisses pour provoquer les symptômes locaux propres à la première période de la phthisie, occupant seulement le sommet du poumon, et non compliquées de tubercules, sont un fait extrêmement rare. Les altérations organiques dont je viens de parler, autres que les tubercules, ne s'accompagnent pas, comme ces derniers, d'un certain groupe de phénomènes généraux qui, pour être très peu prononcés à la première période, n'en sont pas moins distincts dans le plus grand nombre de cas; ces mêmes altérations ne se rattachent pas, comme les tubercules, à certaines circonstances de l'histoire antécédente du malade, de sa constitution, des conditions antihygiéniques dans lesquelles il a vécu, des circonstances d'hérédité qu'il présente, etc.; ces altérations, autres que les tubercules, restent ordinairement stationnaires, ou ne font que des progrès extrêmement lents, et on ne constate aucun changement appréciable dans les phénomènes locaux qu'elles provoquent, tandis que le plus souvent, et quelquefois en assez peu de temps, on est témoin, même dès les premières phases d'une phthisie, de certaines dégradations symptomatiques qui témoignent de la marche ascendante de la maladie; de plus, il est fort rare qu'une altération organique différente des tubercules reproduise assez exactement les conditions physiques que ces derniers représentent dans les poumons, pour donner lieu à la même combinaison de signes locaux; je dois dire enfin qu'une oreille exercée depuis long-temps à l'auscultation et aux mille formes de phénomènes qu'elle fournit dans les diverses circonstances organiques qui peuvent se présenter, trouve quel-

quefois dans le phénomène considéré en lui-même une raison en quelque sorte *instinctive* de le rapporter à tel état organique plutôt qu'à tel autre ; je dis *instinctive*, parce qu'il n'y a pas de mot qui puisse rendre ces impressions délicates des sens et les matérialiser, comme on le fait pour les phénomènes dont les différences sont plus sensibles. Je descends avec intention dans le détail de ces impressions de clinique, parce qu'elles me semblent fort utiles à la pratique, parce qu'elles n'ont rien d'imaginaire, parce que c'est sur elles qu'est établie cette faculté précieuse du tact médical, qui, telle qu'elle doit être, provient, le plus souvent, d'un retour rapide mais juste de l'attention et de la réflexion sur des impressions cachées des sens.

Prenant à part les signes que recueille l'auscultation, je crois devoir avertir que, pour les bien connaître, les bien juger, et en faire une bonne application, il faut prendre la peine d'analyser, d'après la méthode que j'ai exposée dans la première partie de cet ouvrage, chacun des phénomènes sonores de l'appareil respiratoire; car, sans cela, l'esprit tout préoccupé des résultats fournis par l'auscultation pratiquée suivant la méthode ordinaire, et les sens encore tout remplis des sensations dont ils ont contracté l'habitude, ne seraient point aptes à recueillir, et l'esprit à juger *ex abrupto* ces nouvelles sensations; ils se laisseraient aisément persuader par l'habitude qu'il y a de l'exagéré ou de l'erroné dans ces phénomènes, tous plus ou moins nouveaux pour eux.

CHAPITRE VIII.

SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DES AUTRES APPAREILS DE L'ÉCONOMIE.

Les signes fournis par l'examen du système respiratoire sont à peu près les seuls phénomènes locaux qui aient une importance réelle dans le diagnostic de la première période de la phthisie. Cependant, je dois compléter les symptômes de cette première période en parcourant les autres appareils de l'économie, parce que les phénomènes qu'ils fournissent, s'ils ne contribuent que peu au diagnostic, ont au moins l'avantage d'éclairer l'observateur sur la marche de cette période, d'en faire mieux connaître le caractère général, et de fonder quelques indications pour la thérapeutique de la maladie.

ARTICLE PREMIER.

SYSTÈME CIRCULATOIRE.

Le système circulatoire, dans la première période de la phthisie, ne nous offre aucun phénomène qui puisse être élevé au rang de signes, si ce n'est, cependant, le fait de transmission des bruits du cœur au-dessous des clavicules, à un degré beaucoup plus marqué que dans l'état normal. Mais j'ai déjà exposé ce fait aux pages 552 et suivantes.

ARTICLE II.

SYSTÈME DIGESTIF.

Les symptômes offerts par le système digestif varient suivant l'âge du sujet, et suivant que la cachexie tubercu-

leuse à laquelle le malade est en proie est héréditaire ou acquise. Les phénomènes que présente le système digestif dans le cours de la première période de la phthisie sont beaucoup plus prononcés chez l'enfant que chez l'adulte, et beaucoup plus dans la cachexie tuberculeuse héréditaire que dans celle qui est acquise. Or, comme cette dernière est fort rare chez les enfants et assez commune chez les adultes, il y a une double raison pour que les symptômes offerts par le système digestif soient très prononcés chez les premiers, et très peu chez les seconds.

1° M. le docteur Todd (1) a insisté d'une manière toute particulière sur les phénomènes que présente le système digestif dans la cachexie tuberculeuse héréditaire. Il désigne l'ensemble de ces phénomènes sous le nom de *dyspepsie strumeuse.* « Elle forme, dit-il, un trait plus caractéristique de cette complexion, que tous les signes de l'habitude extérieure du corps. » M. Todd pense même « non-seulement que cet état des organes digestifs accompagne la constitution strumeuse héréditaire, mais qu'il peut aussi la développer et amener la cachexie tuberculeuse. » On voit tout de suite quel rapport il existe entre cette conséquence à laquelle l'observation a conduit M. Todd, et les résultats auxquels m'ont conduit mes recherches sur les circonstances capables de développer la phthisie acquise ou accidentelle (voyez chap. VII).

M. Clark, qui paraît s'être attaché beaucoup à l'étude de ce genre de symptômes, résume (2) dans un tableau bien tracé ses propres recherches et celles de M. Todd sur l'affection particulière que présente le systémé digestif dans la cachexie tuberculeuse héréditaire considérée spécialement chez l'enfant. Je crois utile de reproduire ce tableau. « La langue est

(1) Article *Indigestion* du deuxième volume de l'Encyclopédie de médecine pratique.

(2) Traité de la Consomption, p. 26.

plus rouge que dans l'état naturel, spécialement vers sa pointe et ses bords; la partie antérieure présente des points nombreux d'un rouge encore plus brillant, le centre étant plus ou moins enduit d'une mucosité blanche, selon la durée de la maladie; quelquefois la langue est entièrement couverte d'un enduit blanc sale, à travers lequel on aperçoit ses papilles rouges et irritées; dans ces cas, sa partie centrale est souvent sèche et d'une teinte brune. Le malade éprouve ordinairement le matin un peu de soif, l'appétit est variable et plus fréquemment insatiable que nul; rarement il est naturel; l'haleine est fétide; en général il existe de la constipation, quoique parfois il survienne un peu de diarrhée; les évacuations sont toujours anormales, d'un gris pâle, offrant la consistance et l'apparence d'une argile humide; elles sont souvent mêlées de mucosités et de portions d'aliments mal digérés; l'urine est souvent trouble, quelquefois très colorée, d'autres fois abondante et pâle. La peau est généralement sèche et rude, ou bien couverte d'une transpiration froide, particulièrement aux mains et aux pieds, qui sont habituellement froids. Des transpirations nocturnes partielles et abondantes ont lieu fréquemment. Le sommeil est rarement bon; l'enfant est agité et parle en rêvant ou grince les dents. Quand cet état a existé pendant quelque temps, la peau perd sa couleur naturelle, et la face se présente pâle et empâtée. L'enfant languit, devient paresseux, chagrin, refuse de jouer ou de prendre de l'exercice. Bientôt après, une série de désordres secondaires est la conséquence de l'irritation des organes digestifs : le gosier devient rouge et gonflé, la laryngite est fréquente, et les tonsilles restent souvent dans un état d'engorgement permanent; la membrane muqueuse du nez est sèche ou sécrète des mucosités abondantes, l'épistaxis a lieu de temps en temps, les paupières sont sujettes à des inflammations chroniques; on observe fréquemment des éruptions derrière les oreilles, sur

les téguments du crâne et sur quelques autres parties ; des mucosités sanguinolentes sont fréquemment expulsées des intestins et des bronches, et paraissent communes à toutes les membranes muqueuses ; le cerveau et la moelle sont souvent le siége d'une irritation secondaire, et l'hydrocéphalite, l'épilepsie, la chorée et la paralysie peuvent en être les conséquences ; mais la plus fréquente et la plus importante de toutes celles qui peuvent résulter de cet état des organes digestifs, c'est la cachexie tuberculeuse. » Ainsi, les deux auteurs que je viens de citer admettent que la cachexie tuberculeuse est tantôt cause et tantôt effet de cet ensemble de phénomènes qu'ils décrivent sous le nom collectif de dyspepsie strumeuse.

2° Le système digestif est bien loin de présenter chez les adultes, et particulièrement dans la phthisie acquise, un pareil ensemble de phénomènes. Ces phénomènes sont très connus pour les deuxième et troisième périodes ; je vais donc me borner à indiquer ceux qui appartiennent à la première. Les malades commencent à se plaindre d'un peu de difficulté et de trouble dans les digestions ; celles-ci se prolongent plus long-temps qu'à l'ordinaire, et s'accompagnent d'un petit mouvement fébrile, d'un peu de chaleur à la face, et quelquefois de légers frissonnements dans les reins. Le malade est mal à l'aise, comme accablé ; il a de la tendance à s'assoupir ; mais l'état de malaise dans lequel il se trouve l'inquiète, l'agite, et fait fuir le sommeil de sa paupière. Il éprouve à la région épigastrique un sentiment particulier de pesanteur qui éveille son attention plus que tout autre chose. M. Stoltz, de Strasbourg, a aussi remarqué (1), à ce qu'il paraît, cette attention particulière que donnent les malades à ce sentiment de pression qu'ils éprouvent à l'épigastre. C'est là surtout qu'ils rapportent leur mal ; c'est sur cette partie qu'ils cherchent à attirer

(1) Thèse de M. Hirtz, p. 36.

l'examen du médecin. Ces dérangements dans la digestion n'empêchent pas l'appétit de continuer; souvent même il est exagéré, les malades tourmentent le médecin pour qu'il leur accorde plus d'aliments, et l'on est frappé quelquefois de l'espèce de voracité avec laquelle quelques malades de cette classe prennent leurs repas. Un peu plus tard, surviennent des dérangements dans les selles : c'est d'abord une constipation passagère, dont le malade s'aperçoit à peine, et qui alterne avec des selles naturelles et régulières; puis, les périodes de constipation deviennent plus longues et la constipation elle-même plus prononcée; le malade ressent des chaleurs et un état de malaise vague dans le ventre; quelques petites coliques sourdes et passagères apparaissent de temps en temps, puis se rapprochent, se prononcent davantage, et bientôt sont suivies d'un léger dévoiement, qui alterne de loin en loin avec la constipation et les selles régulières; dès lors, le plus ordinairement, la première période de la phthisie est franchie. Tel est le fait le plus général. Mais ces symptômes sont bien loin de se présenter chez tous les malades, et leur marche et leurs degrés sont bien loin d'être les mêmes chez tous ceux chez qui on les observe : beaucoup accomplissent la première période de la phthisie et quelquefois la seconde, sans se plaindre d'aucun trouble dans les fonctions digestives, d'aucun dérangement dans les selles; ce sont, en général, ceux qui n'ont jamais subi l'influence d'une nourriture insuffisante ou malsaine; tandis que c'est surtout parmi les malades qui ont subi cette influence, que l'on observe, du côté des fonctions digestives, la série des symptômes que je viens d'exposer; chez eux, ces symptômes commencent à se montrer plus ou moins long-temps après les causes qui les déterminent, suivant le degré d'activité de ces causes; mais, en général, ils tardent peu à se développer. Presque tous les malades atteints de phthisie à la première période

accusent le sentiment de *poids sur l'estomac* dont j'ai parlé précédemment. Chez quelques-uns la diarrhée manque tout-à-fait, et il n'y a que des alternatives très éloignées et à peine aperçues par le malade de constipation et de selles régulières. D'autres sont très fatigués par la constipation et n'éprouvent presque rien autre chose.

Mais le fait qui domine tous les autres, et que je viens de faire pressentir, fait qui mérite quelques développements à cause de son importance, à cause des rapports qu'il a avec l'étiologie de la phthisie, est le suivant : quand l'influence d'une alimentation malsaine ou insuffisante compte parmi les causes qui ont provoqué ou bien favorisé le développement de la cachexie tuberculeuse et de la phthisie pulmonaire, les symptômes offerts par le système digestif sont plus prononcés, et, à la mort du malade, le plus ordinairement, on découvre des altérations plus profondes que chez les sujets qui ont toujours eu, au milieu des autres influences antihygiéniques qu'ils ont subies, une nourriture saine et suffisante. Ce n'est pas que les symptômes et les altérations du système digestif ne se soient montrés, dans nos observations, que lorsque les malades avaient subi pendant leur vie l'influence manifeste d'une alimentation malsaine ou insuffisante; je dis seulement que les symptômes et les altérations offerts par l'appareil digestif, chez nos malades phthisiques, ont été, en général, en raison inverse de l'absence de cet ordre de causes, en raison directe de sa présence, du degré de son activité, et de sa durée d'action. Ce fait a été surtout manifeste chez ceux de nos malades atteints de phthisie *acquise*, qui n'y étaient prédisposés ni par leur constitution ni par leurs conditions d'hérédité. Chez ceux qui avaient toujours eu une nourriture saine et abondante, nous n'observions presqu'aucun trouble des fonctions digestives, excepté tout-à-fait sur la fin de leur vie; et, après leur mort, nous ne trouvions pas de trace de

tuberculisation de l'intestin. Chez ceux, au contraire, qui, pendant un temps plus ou moins long, n'avaient pu prendre qu'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité, le trouble des fonctions digestives avait été très évident, très prononcé, et, à l'autopsie, l'iléon et quelquefois même le gros intestin étaient occupés par la même infiltration tuberculeuse qui se remarquait dans les poumons : il y avait *phthisie intestinale* comme *phthisie pulmonaire*.

Chez plusieurs de nos malades, l'alimentation malsaine ou insuffisante avait été la cause la plus prononcée et la première agissante de la cachexie tuberculeuse; aussi la phthisie intestinale était beaucoup plus avancée dans son développement que la phthisie pulmonaire; les tubercules étaient crus ou seulement en travail de ramollissement dans les poumons, tandis que de larges et profondes ulcérations tuberculeuses se remarquaient dans l'intestin grêle. Chez ceux, au contraire, qui n'avaient subi l'influence d'une mauvaise alimentation que lorsque déjà la cachexie tuberculeuse et probablement la phthisie pulmonaire avaient pris naissance sous l'influence d'autres causes, on ne trouvait, à l'autopsie, qu'un commencement de phthisie intestinale tuberculeuse, tandis que des cavernes plus ou moins étendues se remarquaient dans les poumons. On trouvera des exemples de ces divers cas dans les résumés d'observations que j'ai placés à la fin du chapitre VI. Ces faits s'expliquent facilement et rentrent dans le principe que j'ai exposé précédemment, savoir : que le travail de tuberculisation, rendu imminent par la cachexie tuberculeuse générale, se fixe sur les viscères où il est appelé par une irritation d'une durée et d'un degré suffisants. S'il se fixe plus souvent et plus fortement sur les poumons, c'est surtout parce que ces organes, à cause même de leurs fonctions, sont exposés à des causes d'irritation plus fréquentes et plus continues que celles qui agissent ordinairement sur les

autres viscères de l'économie. Que les influences d'irritation qui s'exercent sur ces autres viscères viennent à augmenter beaucoup, à dominer celles qui agissent sur les poumons, et l'on verra la sécrétion tuberculeuse établir son siége principal sur les premiers. C'est ainsi qu'un de nos malades, devenu phthisique à la suite de fréquents excès vénériens, offrait dans les reins une infiltration tuberculeuse plus abondante et plus avancée que dans les poumons (voyez la dernière des observations inscrites à la suite du chap. VI).

La diarrhée que l'on observe quelquefois à la première période de la phthisie diffère essentiellement de celle qui accompagne ordinairement les deuxième et troisième périodes de cette affection. Celle-ci, le plus ordinairement, est l'effet d'une tuberculisation intestinale; la première, au contraire, paraît être, au moins dans un certain nombre de cas, indépendante de toute altération organique sensible de l'intestin. J'ai eu occasion d'ouvrir plusieurs malades morts d'une maladie aiguë, pendant la première période de leur phthisie, et je n'ai trouvé aucune altération appréciable de la muqueuse ni du reste des parois intestinales, malgré que ces malades eussent présenté les alternatives de constipation et de dévoiement dont je parlais tout à l'heure. On se rappelle que le résultat a été le même chez quelques phthisiques qui nous avaient offert des altérations sensibles de la voix, et qui, après la mort, ne nous ont présenté aucune altération quelconque, ni de la trachée, ni du larynx; exemples remarquables, à ajouter à tant d'autres, de symptomatologie restée inexplicable par l'anatomie pathologique; preuves nouvelles de la vérité de cette proposition : «Une fonction peut être plus ou moins profondément altérée pendant long-temps, sans que l'organe qui en est chargé offre de changement appréciable dans sa texture(1).»

(1) Louis. Recherches sur la phthisie, p. 213.

ARTICLE III.

SYSTÈME DES SÉCRÉTIONS.

Depuis le mois de janvier 1837, nous avons examiné les urines de presque tous les malades, en les traitant par divers réactifs; il en a été de même de la salive, de la sueur, etc. M. Andral, depuis cette époque surtout, fait des recherches chimiques et microscopiques sur ces divers produits de sécrétions, et ne tardera pas de publier des résultats importants sur ce sujet. Quant aux malades phthisiques qui ont été comme les autres soumis à ces expériences, ils n'ont présenté sous ce rapport aucun fait qui puisse être rattaché au sujet de cet ouvrage.

J'analyserai, à propos des symptômes généraux, l'état de la peau et de la transpiration chez les phthisiques au premier degré.

ARTICLE IV.

SYSTÈME NERVEUX.

L'état moral des phthisiques est bien connu quant aux périodes les plus avancées de leur affection. On sait qu'ils vivent alors dans une sécurité qui est une sorte de compensation à ce qu'il y a de pénible dans leur position. L'affreuse maladie qui a compté leurs jours, jette un voile devant la tombe vers laquelle elle les conduit; elle les pousse ainsi jusques au bord, en fascinant leurs regards par l'espoir sans cesse renaissant d'une guérison dont la possibilité s'éloigne chaque jour davantage. Leur pensée était encore toute pleine de l'avenir, au moment où le fil de leur présent s'est rompu. Cette rupture elle-même n'est point sentie, tellement, chez eux, la chaîne de la vie était usée au moment de se rompre.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi; la mort des

phthisiques n'a pas toujours pour eux des formes aussi douces. J'ai déjà parlé (page 640 et suivantes) de cette variété de phthisie dans laquelle les malades, consumés par une fièvre ardente, sans cesse tourmentés par une dyspnée poussée quelquefois jusqu'à la suffocation, maintenus dans un état continuel d'agitation et d'angoisse par le sentiment d'étouffement qu'ils éprouvent à l'intérieur de leur poitrine, et par l'état d'accablement général dans lequel ils se trouvent, achèvent quelquefois dans un délire violent la marche rapide de leur affection; peut-être bien, l'état d'oppression cérébrale dans lequel tombent ordinairement ces malades les empêche-t-il de souffrir; mais on ne peut rapprocher de la mort si facile, si douce, si inaperçue que j'ai représentée à la page précédente, cette mort vraiment affreuse que présentent quelques-uns des malheureux phthisiques dont je parle dans ce moment, cette face terreuse et égarée, ces yeux hagards, ces traits décomposés qui expriment l'angoisse et l'épouvante, cette effrayante agitation qui se peint sur tout l'individu, et ce délire accompagné de mouvements et d'efforts comme pour fuir quelque chose. Ce genre de mort est heureusement fort rare, on ne le rencontre que dans cette variété de la phthisie dont la marche extrêmement rapide s'accomplit quelquefois en un petit nombre de jours, et dans laquelle les tubercules, de forme exclusivement miliaire, envahissent en peu de temps toute la masse des poumons.

Il est encore d'autres phthisiques chez lesquels on ne retrouve pas cet état de quiétude morale et de confiance dans l'avenir qui fait le caractère essentiel de la phthisie héréditaire et chronique : ce sont, en général, ceux dont la phthisie est acquise ou accidentelle, et, en même temps, plus fébrile et plus rapide dans sa marche; la chaleur vive précédée de violents frissons, l'abattement profond, l'amaigrissement rapide, les douleurs de poitrine, la dyspnée

quelquefois considérable, les selles toujours dérangées, l'inquiétude d'esprit, la différence entre leur santé présente et leur santé passée, tout se réunit chez eux pour faire contraste avec l'état de calme et de quiétude que présentent la plupart des malades atteints de phthisie chronique primitive.

Telles sont les diverses conditions morales, les dispositions nerveuses dans lesquelles les phthisiques accomplissent ordinairement leurs dernières périodes. Mais on n'a point étudié l'état de leur moral pendant la première. Il est cependant bien différent; c'est l'inquiétude et l'agitation, au lieu du calme et de la confiance : l'altération de leur voix, qu'ils avaient prise d'abord pour un phénomène passager, et qu'ils voient ensuite persister et s'accroître; l'état de malaise, de faiblesse générale, de mauvaise disposition de tout leur être, qui est un état nouveau pour eux; cette petite recrudescence qui se fait sentir presque chaque soir; ce léger trouble des fonctions digestives, qu'ils n'avaient point encore éprouvé sous cette forme; ce sentiment d'oppression, de vague douleur de la poitrine, d'un peu de gêne à respirer, quelquefois ces légers élancements qui apparaissent dans le dos, entre les deux épaules ou sur l'un des côtés, et qui, pour la première fois, viennent assaillir leur esprit; tout cela les place dans un état d'incertitude, d'ennui, d'inquiète morosité, de retour continuel sur eux-mêmes, d'irritation hypochondriaque, qui est fort pénible pour eux, et quelquefois aussi pour les personnes qui les entourent. Mais, insensiblement, ils s'accoutument à ce nouveau genre de vie, et s'en font, en quelque sorte, de nouvelles conditions physiologiques; une fusion graduelle s'opère entre leur existence passée et leur existence nouvelle; le passé est oublié; la diminution de leur embonpoint, leur faiblesse, leur oppression, les sensations morbides qu'ils éprouvent dans la poitrine, tout a pris à leurs yeux, sous le prisme de l'habitude, une couleur naturelle; et ils s'acheminent dans cette route

de mort, presque aussi calmes qu'ils l'étaient avant d'y entrer ; abandonnant l'inquiétude salutaire, sorte de voix prophétique qui les avait assaillis pendant quelque temps, pour entrer dans l'heureuse illusion que je dépeignais tout à l'heure.

L'état d'inquiétude et d'excitation morale qui caractérise la première période de la phthisie n'est pas également sensible chez tous les sujets atteints de cette affection ; sa durée est variable. On remarque, en général, que cet état d'inquiétude et d'excitation morale est peu marqué chez les malades à phthisie très lente et qui ne passent que par des degrés extrêmement ménagés de leur état de santé ordinaire, toujours faible et languissante, aux signes de la première période de leur affection. On remarque, au contraire, que cet état d'inquiétude est plus prononcé chez les malades dont l'affection a débuté d'une manière assez brusque pour faire époque dans leur mémoire.

Telle est la double période que subit le moral de la plupart des phthisiques pendant le cours de leur maladie. Quand déjà on possède l'habitude de ces caractères morbides du moral des phthisiques, on peut, comme moyen confirmatif du doute, de la probabilité, on de la presque certitude qu'on a acquise d'autre part, tirer un bon parti diagnostique et pronostique de l'examen du moral du malade.

CHAPITRE IX.

SIGNES FOURNIS PAR L'ENSEMBLE DES PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX.

—

J'ai mis tous mes soins à rechercher quels avaient été et quels étaient, chez nos phthisiques du premier degré, ces symptômes que l'on est convenu d'appeler *phénomènes généraux*, et que l'on désigne aussi sous le nom collectif de *fièvre hectique*. Je me proposais un double but dans cette recherche : 1° reconnaître ceux de ces symptômes qui appartiennent à la première période de la phthisie, afin de les faire servir au diagnostic de cette première période ; 2° Faire un rapprochement entre les premiers phénomènes locaux et les premiers phénomènes généraux, comparer les dates de leur première apparition, et, par là, déterminer lesquels de ces deux ordres de symptômes se montrent les premiers, afin d'en tirer des inductions pour le diagnostic, pour la marche et la nature de la maladie. Dans ce chapitre, je vais m'occuper exclusivement de la première partie de ces recherches, c'est-à-dire des symptômes généraux considérés en eux-mêmes ; la seconde partie sera exposée au chap. XIII.

Traçons d'abord le tableau d'ensemble des symptômes généraux de la première période de la phthisie, tel qu'il ressort de nos observations, tel qu'il se présente à l'observateur chez un malade qui se trouve compris dans la règle générale. C'est avec intention que j'évite de faire un article à part pour chacun d'eux; parce que la méthode qui détache çà et là les différentes parties homogènes d'un tableau, et qui fait disparaître l'ensemble de ce tableau pour former

autant de groupes qu'il y a de parties similaires, me semble détruire le plus grand avantage que le praticien puisse retirer de l'étude des symptômes, c'est-à-dire, l'impression spéciale que produit sur lui cette sorte d'être animé qui résulte de leur réunion naturelle. C'est la différence entre l'ensemble vivant d'un tableau et l'exposition successive, le morcellement de chacune de ses parties; c'est la différence entre les mille pièces d'une mosaïque classées par ordre de couleur ou de grandeur et la mosaïque elle-même; on a beau indiquer la place qu'elles doivent occuper dans le plan général, on ne peut pas leur rendre cette *valeur relative* qui est presque tout pour l'œil de l'artiste; il en est de même des symptômes pour l'œil du praticien. Les symptômes *locaux* étaient trop nombreux, trop variés, pour qu'il me fût permis de suivre cette méthode de prime-abord, mais on verra que j'y ai suppléé dans quelques-uns des chapitres suivants. Après ce tableau d'ensemble, tel qu'il s'est montré chez le plus grand nombre de nos malades, j'exposerai les variétés qu'il peut offrir.

D'abord, c'est un sentiment de malaise, de moins bonne disposition générale, de moindre activité fonctionnelle de tout le corps. C'est un état morbide général vague, que certains malades expriment en disant qu'ils se sentent *faibles dans tout leur être*, d'autres en disant qu'ils sont *languissants*. Ces phénomènes s'aggravent au moindre écart de régime, à la moindre exagération du travail ordinaire, ou au moindre travail physique chez les malades qui n'y sont point accoutumés. C'est un état d'oscillation continuel de la santé entre un bien douteux, incomplet, et un état morbide plus prononcé. Ces phénomènes ont d'abord affecté une certaine périodicité irrégulière; le malade pouvait les attribuer à une cause passagère, et, cette cause, il la trouvait tantôt dans une circonstance et tantôt dans une autre; il cherchait ainsi lui-même à se

rassurer sur les nouvelles conditions de santé dans lesquelles il se sentait engagé. Mais, insensiblement, ces phénomènes sont devenus à peu près continus, et le malade intelligent et impressionnable commence alors à s'en affecter d'autant plus, qu'il se sent la même inaptitude au travail d'esprit qu'au travail de corps, et qu'il y rencontre la même fatigue; d'autres malades, insouciants d'eux-mêmes, distraits par un caractère plus léger, par une nature moins observatrice, souvent abusés par une sensibilité un peu obtuse, ressentent ces phénomènes sans que leur attention s'y arrête; ils se rappellent bien les avoir éprouvés, ou bien ils conviennent qu'ils les éprouvent actuellement, mais c'est tout au plus si la recherche qu'en fait l'observateur, et l'accord qui existe entre les questions et les réponses, paraissent exciter en eux quelque impression sérieuse, quelque retour sur eux-mêmes. D'autres ont l'idée fixe que leur maladie a commencé plus tard, et ils s'étonnent que le médecin remonte dans son interrogation à une époque où leur santé, il est vrai, n'était pas tout-à-fait dans son état naturel, mais à une époque où, néanmoins, selon leur dire, ils n'étaient point *malades*. Au moment où les phénomènes que je viens d'exposer ont commencé à prendre un caractère continu et à devenir plus marqués, un peu de chaleur générale se fait sentir, précédée par une disposition de tout le corps au refroidissement, ou même par un peu de frissonnement. Ce léger état fébrile continu éprouve de petites recrudescences irrégulières, plutôt déterminées par les circonstances diverses d'excitation auxquelles s'expose le malade, que par l'influence de tel moment de la journée. Puis, ces recrudescences se régularisent, surviennent d'abord après les repas, surtout après le repas du soir, prolongent les digestions et les rendent pénibles; ensuite elles apparaissent avec assez de régularité, quelquefois le matin, mais presque toujours le soir. J'ai cependant vu des malades chez lesquels

ces recrudescences fébriles avaient lieu d'une manière très régulière le matin et point du tout le soir. Ordinairement elles sont constantes le soir, et, suivant les individus, apparaissent ou n'apparaissent point les matins. Chez un assez grand nombre des malades de nos observations, ces recrudescences journalières ont eu lieu le matin, à la première période de leur affection; puis, à mesure que la phthisie a fait des progrès, elles se sont rapprochées de plus en plus, pour le moment de leur apparition, de la dernière partie de la journée. A mesure que les recrudescences fébriles prennent un caractère plus prononcé et plus fixe, la soif devient un peu plus vive, le trouble des digestions est plus sensible, quelquefois l'appétit diminue, mais souvent il se conserve à peu près le même; il est des malades chez lesquels il semble s'exagérer en raison du trouble des digestions et de la nutrition. Les alternatives de selles régulières et de constipation commencent alors à se montrer. Les forces diminuent notablement. La face prend une teinte morbide : c'est un fond pâle, sur lequel se dessine, aux pommettes, des rougeurs fébriles, qui apparaissent surtout au moment des recrudescences. Le malade s'aperçoit, pour la première fois, que son embonpoint diminue, que ses forces décroissent sensiblement, et il commence à s'en inquiéter sérieusement; assez souvent, c'est à ce moment là que les malades intelligents, qui s'observent et qui s'inquiètent de leur état, réclament les conseils de la médecine. L'amaigrissement porte ordinairement davantage sur la poitrine que sur le reste du corps, surtout chez les femmes; leur face est encore assez pleine et inspire souvent beaucoup de confiance, quand les saillies osseuses de la poitrine commencent à se dessiner d'une manière sensible. L'accablement général est plus marqué, le sentiment de chaleur générale est plus fatigant. La peau est sèche, aride, et sa chaleur a quelque chose de mordicant. Chez quelques malades, sur-

tout à la suite des mouvements de recrudescence, la peau est pâle, un peu flasque, comme mollasse, et humide. Cette humidité laisse à la main de l'observateur une légère impression de froid. Les recrudescences fébriles du soir sont beaucoup plus prononcées et plus constantes; elles commencent à s'accompagner de sueurs, qui sont, quelquefois, dès cette première période, assez abondantes pour fatiguer beaucoup les malades. Ces sueurs ont lieu particulièrement à la face, au cou, à la poitrine. Le sommeil se trouble, et, enfin, le facies du malade prend une expression plus caractéristique : les mots *accablement*, *langueur*, *oppression*, ne rendent que fort incomplétement cette expression particulière de la face : j'ai l'habitude de la désigner, dans mes observations, sous le nom d'*expression de travail ou de souffrance organique :* ce n'est pas une expression de douleur; c'est une sorte de reflet du sentiment instinctif de la détérioration de notre être. Il y a dans ce facies pâle, comme souffreteux, à traits affaissés, à regards languissants, à mouvements lents et timides, à réflexion inquiète, quelque chose de particulier qui fait sur l'esprit de l'observateur une impression pénible, qu'il rapporte comme instinctivement à la cause organique qui le détermine, et qui, à cette période de la maladie où les signes physiques ne sont pas toujours très nombreux et très tranchés, concourt quelquefois autant que ces signes physiques à former la conviction du médecin qui a l'habitude de ce genre de malades. Je dois à la vérité de dire que M. Andral est un des hommes auxquels je reconnais le plus de talent pour saisir ce facies. Je l'ai vu souvent diagnostiquer par ce seul moyen, et en abordant les malades, une phthisie pulmonaire que, de mon côté, j'avais en outre reconnue par les signes physiques. Je parle ici de phthisies qui étaient arrivées à peu près à la deuxième phase de la première période.

Quand déjà les signes physiques ont mis, en partie, si-

non tout-à-fait, sur la voie de la maladie, il y a beaucoup d'avantage à jeter sur l'ensemble des phénomènes généraux que l'on observe ce coup-d'œil général, qui souvent, mieux que l'analyse particulière de chacun de ces phénomènes, en fait reconnaître la valeur. D'ailleurs, ce coup-d'œil général dont je parle ne fait que suivre l'analyse particulière; c'est une analyse d'un genre différent; elle porte sur les rapports des symptômes entre eux, sur leur liaison et leur coordination, au lieu de porter sur les symptômes eux-mêmes considérés dans leur isolement. L'habitude de bien juger les groupes de symptômes, une observation attentive et approfondie de toutes les faces de la maladie, développent cette faculté précieuse d'analyse rapide et de pénétration de l'ensemble des faits. C'est un excellent moyen de confirmer ou de corriger le résultat fourni par l'examen local. Malheureusement, ce moyen de diagnostic ne peut point être formulé par des mots, et ne peut point, comme la série des signes physiques, être transmis en quelque sorte de la main à la main, ainsi qu'une mesure dont la valeur et l'application sont réglées par des chiffres.

Mais les phénomènes généraux qui accompagnent la première période de la phthisie sont susceptibles de beaucoup de variations, pour leur nombre, leur forme, leur marche, leur degré, et même leur existence. On voit des malades assurer qu'à l'époque où, selon toute apparence, des tubercules existaient dans leurs poumons, ils n'éprouvaient rien de semblable à ce que je viens de décrire sous le nom de phénomènes généraux; soit que dans le fait ces phénomènes n'aient pas existé, soit qu'ils aient passé inaperçus, ce qui est beaucoup plus probable. Il est bien vrai que les phénomènes généraux peuvent se suspendre assez complétement pendant un certain temps, pour que, dans cet intervalle, on ne puisse en saisir aucune trace;

mais, si on interroge le malade avec beaucoup de soin, s'il est lui-même assez intelligent pour bien comprendre les questions qu'on lui adresse, et s'il a assez de mémoire pour se rappeler le passé, il reconnaît ordinairement avoir éprouvé, à une époque plus ou moins éloignée de celle qui marquait dans son esprit le début de sa maladie, cet état de malaise, de faiblesse, de mauvaise disposition générale, de frissons et de chaleurs, etc., que j'ai exposé précédemment. Mais il est vrai aussi que l'on n'obtient de certains malades que des réponses négatives, avec quelque soin qu'on les interroge, et malgré leur bonne mémoire et leur bonne intelligence. Toutefois, ce fait me semble beaucoup plus rare que ne le ferait supposer la lecture de la plupart des ouvrages spéciaux sur ce sujet. Mes observations me portent à penser que si l'on a fait commencer un peu tard, dans le cours de la première période, la série des symptômes généraux, cela dépend de ce que l'interrogation des malades n'a pas toujours été faite avec tout le soin désirable, et de ce qu'on a trop restreint la liste des phénomènes généraux. Cela est si vrai, que ceux de ces phénomènes qui n'ont pas été décrits, ceux que j'ai placés en tête du tableau tracé précédemment, sont précisément ceux qui ouvrent la marche, et qui ont passé inaperçus parce qu'on n'a pas fait porter sur eux l'interrogation des malades.

Au reste, il faut convenir que ces symptômes sont extrêmement peu prononcés au début de la maladie chez un certain nombre de malades, surtout chez ceux dont la phthisie est essentiellement chronique. D'ailleurs, on est quelquefois fort embarrassé sur la cause à laquelle on doit rapporter les symptômes généraux, fort légers, que l'on observe : un rhume assez fort, une courbature, un accident, une maladie passagère, ont traversé çà et là le cours de la première période de la phthisie, et on ne peut pas

toujours distinguer si ce malaise, cet état de faiblesse inaccoutumé, ce mouvement fébrile, que le malade dit avoir éprouvés à cette époque, ont été l'effet de la phthisie commençante, ou de la légère affection incidente qui est survenue.

Les symptômes généraux de la première période de la phthisie varient surtout pour leur marche : on les voit souvent s'interrompre pendant quelque temps, laissant après eux un état de faiblesse et de léger malaise continu, comme une sorte de levain d'où ils doivent renaître plus tard; d'autres fois, on les voit osciller irrégulièrement entre l'état stationnaire, l'aggravation ou la diminution. On pourrait quelquefois, alors, être tenté de rattacher ces phénomènes à une cause passagère, fugitive comme eux, légère comme leur apparence; mais si, au lieu de juger la question par cette seule classe de phénomènes, on l'envisage sous toutes ses faces, recherchant surtout la liaison et la marche des symptômes, on ne tarde pas à reconnaître, le plus ordinairement, que leur origine est plus grave qu'elle ne le semblait au premier abord.

Dans les phthisies très aiguës, on voit quelquefois les malades passer très rapidement d'un état de santé qu'ils disaient être fort bon à des symptômes fébriles fort intenses, qui ne cessent plus qu'à la mort du malade. On pourrait appeler *fièvre hectique aiguë* l'ensemble des phénomènes généraux que présentent les malades de cette classe. Ce sont les mêmes symptômes qui composent le tableau précédent, mais beaucoup plus intenses et se succédant beaucoup plus rapidement.

La teinte de la face varie sensiblement suivant le tempérament du sujet. Chez celui qui a la peau brune, les cheveux châtains, les chairs fermes, la pâleur du visage a quelque chose de *plombé*, et cette teinte est permanente; chez eux, l'animation de la face est générale au moment

des recrudescences; c'est une nuance rouge brune qui remplace la teinte plombée ordinaire. Chez les sujets délicats, à peau très blanche et très fine, à chairs mollasses, à chevelure blonde, la face a quelque chose de bouffi, d'empâté; la pâleur qu'elle présente est d'un blanc *suifeux*, et cette pâleur est relevée de temps en temps par de subites rougeurs, surtout si, au moment où on les examine, les malades sont sous l'influence d'une excitation quelconque.

La transpiration assez abondante pour prendre le nom de sueur est un phénomène rare dans la première période de la phthisie; quant à la transpiration proprement dite, elle se montre surtout, au dire des malades, dans les moments qui s'écoulent entre les réveils qu'ils éprouvent et le retour du sommeil.

Plusieurs phthisiques nous ont assuré n'avoir point maigri pendant l'espace de temps que nous croyions devoir assigner à la première période de leur affection. Ce sont surtout des personnes lymphatiques, qui, jugeant d'après l'état de leur figure, prennent pour de l'embonpoint la bouffissure et l'empâtement de la face, qui cachent ordinairement, chez elles, la diminution réelle des systèmes musculaire et graisseux.

Nous voyons, en résumé, que les phénomènes généraux qui accompagnent la première période de la phthisie pulmonaire, quoique peu importants dans leur isolement, parce qu'ils peuvent appartenir à une foule d'affections diverses, doivent être considérés comme d'une très grande valeur, même dès leur début, même sous leurs formes les plus délicates, quand ils présentent, à un degré plus ou moins prononcé, d'une manière plus ou moins régulière, les caractères et la marche que j'ai décrits; quand ils apparaissent à la suite de quelques-unes des conditions morbides que nous avons dit précéder le développement de la phthi-

sie; quand ils coexistent avec quelques-uns des signes physiques de la première période.

Le diagnostic ne pourrait être douteux un seul instant, si toutes ces conditions étaient réunies. La probabilité ou le doute remplaceraient la certitude, si les conditions précédentes se séparaient d'une manière plus ou moins complète des phénomènes généraux. Il est impossible de donner à ce sujet aucune règle précise, parce que tout dépend des formes et des limites dans lesquelles les symptômes de telle ou de telle classe se combinent entre eux. Les besoins de la pratique sont quelquefois opposés à ceux de la théorie: l'une veut qu'on généralise, et l'autre au contraire qu'on individualise le plus possible. Je consacrerai tout un chapitre, le chapitre XIII, à exposer, comme autant de problèmes particuliers résolus par nos observations, les combinaisons de symptômes les plus difficiles et les plus importantes que j'aie rencontrées, celles dont la valeur diagnostique a été révélée par l'autopsie.

CHAPITRE X.

VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

On peut distinguer deux sortes de variétés symptomatiques : les unes *circonstantielles*, les autres *naturelles*. Les premières sont dues à des circonstances irrégulières, variables : on pourrait aussi les appeler *individuelles*, parce qu'elles peuvent différer chez tous les individus. Les secondes apparaissent à peu près toujours les mêmes, dans le même ordre; elles forment un tout régulier, qui représente une manière d'être particulière de la phthisie, et qui constitue, par exemple, la phthisie aiguë, la phthisie chronique.

ARTICLE PREMIER.

VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES CIRCONSTANTIELLES OU INDIVIDUELLES.

La manière dont les tubercules sont disposés dans le poumon, et l'état sain ou morbide du tissu pulmonaire intermédiaire, influent beaucoup sur le degré, le nombre et les combinaisons diverses des signes locaux :

1° Les tubercules occupent-ils *exclusivement* et *en très petite quantité le centre du sommet du poumon*, les caractères morbides fournis par ce noyau central peuvent se modifier tellement, en traversant les couches extérieures du poumon ordinairement devenues le siége d'une respiration exagérée, qu'ils n'aient plus cette netteté primitive à laquelle seulement on peut les reconnaître ; souvent même, dans des cas de ce genre, on ne saisit rien autre chose d'anormal que des bruits respiratoires exagérés et un peu impurs ; dans de pareils cas, le plus ordinairement, l'affection serait méconnue si l'on s'en tenait à l'analyse des signes locaux. Mais si l'on rapproche de l'ensemble des autres phénomènes que le malade peut avoir présentés autrefois, ou qu'il peut présenter encore, cette respiration exagérée et impure que l'on entend au-dessous des clavicules seulement, plus prononcée d'un côté que de l'autre, on peut alors, dans un bon nombre de cas, reconnaître l'existence de la phthisie, parce que les affections étrangères à la tuberculisation qui pourraient produire le même ensemble de symptômes sont extrêmement rares

2° Si, au lieu d'être concentrés sur le sommet du poumon, les tubercules sont disséminés çà et là, par petits groupes, dans la plus grande partie de l'étendue de l'organe, comme cela arrive dans la *forme aiguë miliaire* de la phthisie, forme sur laquelle nous reviendrons plus loin, on trouve aussi çà et là et incomplétement développés les phénomènes

sonores morbides signes de la première et de la deuxième phase de la première période, et, autour d'eux, on entend des bruits respiratoires assez purs, mais exagérés. Dans les cas de ce genre, la percussion doit être faite avec beaucoup de soin pour fournir quelque résultat; le plus ordinairement elle donne un son clair, et la vibration vocale n'est pas sensiblement modifiée; la voix résonne un peu plus dans quelques points que dans quelques autres, et il suffit de ces faits, unis à l'ensemble plus ou moins complet des phénomènes qui appartiennent à cette forme particulière de la phthisie, pour la faire reconnaître le plus souvent, même à un degré encore fort léger.

3° Le tissu pulmonaire intermédiaire aux tubercules, au lieu d'être sain, comme dans les cas ordinaires, peut être plus ou moins induré. Alors, si l'induration dont il est le siége est considérable, les bruits morbides se renforcent à travers ce milieu dense, le son devient plus obscur, la vibration vocale plus faible, en un mot les signes locaux s'exagèrent, et, mettant sur le compte de la phthisie ce qui ne lui appartient qu'en partie, on diagnostique une tuberculisation plus considérable et plus avancée qu'elle ne l'est réellement. Je ne connais aucun moyen d'éviter cette erreur, à moins que la maladie accessoire qui a rendu plus dense le tissu pulmonaire intermédiaire, ne soit une pneumonie reconnaissable à quelques-uns de ses symptômes. D'ailleurs, cette erreur ne peut rien changer à la thérapeutique ni au résultat général.

4° M. Clark dit (1) : « Il n'existe pas de cas si obscurs qui ne puissent éveiller les soupçons de l'observateur attentif; et, lorsqu'il s'aide du concours des signes physiques que fournit toujours l'état des poumons, il est impossible qu'il ne reconnaisse pas la véritable nature de la maladie. » Or, pour M. Clark, les signes physiques se bornaient à bien peu

(1) Traité de la Consomption, p. 72.

de chose au moment où il écrivait ces lignes; la confiance qu'il exprime doit augmenter beaucoup, si on compare ces signes à ceux dont il sera maintenant possible de disposer. Toutefois, malgré les conditions plus favorables dans lesquelles je me trouve placé par suite de mes recherches, je n'hésite pas à dire, contrairement à la proposition de M. Clark, qu'il existe des cas, heureusement peu nombreux, dans lesquels on n'a pas de raisons suffisantes de se prononcer pour ou contre l'existence d'une phthisie : les phénomènes qui peuvent servir à établir le diagnostic sont si peu prononcés, ou bien tellement défigurés par leurs diverses combinaisons, soit à cause du très petit nombre des tubercules, soit à cause des diverses complications qui les entourent, que l'analyse de ces phénomènes, quelque bien faite qu'elle soit, ne peut conduire à reconnaître une tuberculisation qui cependant existe. Je parle ici d'un diagnostic, non pas prononcé au hasard, mais fondé sur l'analyse raisonnée des symptômes que l'on observe.

5° Quelques médecins croient que des phthisiques peuvent succomber à leur affection sans qu'il ait existé aucun symptôme local. Je puis assurer que c'est là une erreur, et que jamais ces prétendus faits ne seront retrouvés, si on veut examiner la poitrine des malades avec soin et en suivant la méthode d'analyse que j'ai développée.

6° On a dit aussi que, lorsque les tubercules sont concentrés dans le sommet des poumons, dès le principe de la maladie, et lorsque le malade est emporté par cette première éruption, il n'y a ni douleur de poitrine, ni dyspnée, ni aucun signe sensible à l'auscultation ni à la percussion. Je crois, dans ce cas comme dans le cas précédent, qu'il y a eu erreur d'examen, et qu'une analyse faite d'après les principes que j'ai exposés dans la première partie de cet ouvrage, ne rencontrera jamais de pareils cas. On ne doit pas oublier, entre autres choses, que, dans la tuber-

culisation du centre d'un sommet de poumon, la percussion fournit des résultats différents et même opposés, suivant qu'on pratique la *percussion superficielle* ou la *percussion profonde* (voyez chap. VII, article 2).

7° La tuberculisation se rapprochant quelquefois davantage de la partie postérieure que de la partie antérieure du sommet des poumons, il convient d'écouter avec soin les régions sus-claviculaires, sus et sous-épineuses, toutes les fois que les signes fournis par les régions sous-claviculaires seront douteux. Quelquefois aussi on a de l'avantage à écouter au moyen du stéthoscope les bruits qui se passent dans le sommet de l'aisselle.

8° La complication d'un épanchement pleurétique peut modifier beaucoup les signes de première période de phthisie que l'on perçoit au sommet du poumon qui correspond à l'épanchement, à cause de la compression de l'organe. Ces signes disparaissent avec les bruits respiratoires, si l'épanchement remonte jusqu'au haut de la poitrine; ils sont seulement obscurcis, dans le cas où, l'épanchement étant borné à la base de la poitrine, le sommet du poumon est obligé de suppléer, par une respiration plus fréquente, plus forte et plus étendue, au défaut de respiration de la base de l'organe.

9° Les râles sonores, sibilants, muqueux, qui accompagnent la bronchite, mais surtout les premiers, peuvent voiler entièrement les bruits morbides plus faibles de la première période de la phthisie. Il est également difficile, pendant le cours d'une bronchite un peu intense, de faire, parmi les symptômes généraux observés, la part exacte de ce qui appartient à la bronchite et de ce qui peut appartenir à la phthisie. Or, comme ces deux ordres de signes (signes locaux et signes généraux) sont les plus importants pour le diagnostic, il est prudent de ne pas se prononcer

avant que la résolution de la bronchite n'ait laissé dans l'isolement les signes qui peuvent appartenir à la phthisie : si réellement des tubercules infiltrent le tissu pulmonaire, on voit alors se démasquer successivement les signes qui leur correspondent; dans le cas contraire, la respiration redevient normale, l'état général du malade reste dans ses conditions naturelles, et on voit se dissiper, avec les symptômes de bronchite, la pensée trop légèrement adoptée d'une phthisie pulmonaire. Quelquefois, en effet, on voit certaines bronchites à marche un peu lente et irrégulière, à début un peu obscur, laisser dans la pensée du médecin un soupçon que semblent d'ailleurs autoriser certaines conditions de la constitution du malade, certaines circonstances de sa vie, certain état de malaise général vague dans lequel il est depuis long-temps, et cependant ce soupçon n'est pas fondé. On ne peut éviter cette erreur, qui serait grave dans la pratique de la ville, qu'en se plaçant dans les conditions d'une prudente observation, en s'appliquant à une exacte analyse de toutes les circonstances qui parlent ou pour ou contre l'opinion d'une phthisie commençante, en éloignant de soi telles et telles circonstances d'erreur connues à l'avance, enfin en attendant que la disparition des signes de la bronchite permette aux signes de la phthisie de se démasquer, s'ils existent. Si l'on remplit ces conditions, je suis convaincu par l'expérience de plusieurs années consacrées spécialement à la recherche de ce sujet, que l'erreur deviendra fort rare.

10° La marche ascendante des premiers symptômes de la phthisie s'interrompt quelquefois tout à coup dans un des côtés de la poitrine, pour se transporter à l'autre côté. J'ai plusieurs fois constaté ce changement, sans que rien parût l'expliquer. On ne devrait donc pas, en constatant cette irrégularité à la marche ordinaire, attacher pour cela moins de valeur aux signes locaux, et rejeter la pensée d'une

phthisie pulmonaire, comme contraire à ce changement dans le siége du maximum des symptômes.

11° On voit quelques malades, atteints sans aucun doute de phthisie pulmonaire, n'avoir jamais éprouvé, au moins d'après leur dire, ni rhumes, ni toux, ni altération de la voix.

12° Les premiers symptômes généraux de fièvre hectique, du moins ceux qui composent un mouvement fébrile sensible, simulent quelquefois assez bien une fièvre intermittente ou tierce ou quotidienne. On administre des doses croissantes de sulfate de quinine, et cependant la fièvre continue. J'ai observé plusieurs faits de ce genre. Le sulfate de quinine paraissait avoir quelque action sur le frisson, mais point du tout sur la fièvre elle-même. M. Andral (1) a même constaté, dans les cas analogues qu'il a observés, que le sulfate de quinine faisait disparaître le frisson, mais il a vu aussi que la fièvre n'en persistait pas moins.

13° Il est des cas où les symptômes généraux manquent presque complètement. La phthisie se développe, s'aggrave, fournit très bien les signes physiques qui appartiennent à chaque époque de sa marche, mais ne s'accompagne d'aucune réaction. La tuberculisation semble alors n'être qu'une maladie locale. La légère réaction qui se montre de temps en temps n'a plus ce caractère hectique particulier qu'elle présente, même à ses plus légers degrés, dans les cas ordinaires. D'autres fois, cette réaction est tellement vague, irrégulière, qu'on ne sait trop à quelle cause l'attribuer, surtout si le malade se trouve d'ailleurs dans des conditions qui puissent revendiquer cette faible réaction : tel est l'âge de l'accroissement de la taille et du développement de la constitution, celui de 15 à 18 ans surtout; telle est l'époque de l'établissement de la menstruation régulière, ou d'une menstruation tardive chez les

(1) Auscult. médiate, édit. de 1837, notes de la page 230 du 2e vol.

jeunes personnes; telles sont encore les périodes de dérangement de leurs règles, ou d'écoulement leucorrhéique. Chez presque tous les malades, on en est réduit à peu près complètement aux symptômes locaux et à l'histoire antécédente de la maladie; cependant le diagnostic n'en reste pas moins possible dans la plus grande partie de ces cas; souvent même il est assez facile, de même que dans les cas ordinaires. On doit donc bien se garder de considérer ces deux ordres de symptômes, les uns locaux, les autres généraux, comme devant toujours marcher ensemble, et surtout se garder de ne croire à une phthisie commençante que lorsqu'on observe les uns et les autres complètement réunis.

14° De même que les symptômes locaux peuvent, dans quelques cas, se trouver privés plus ou moins complètement de l'appui des symptômes généraux, de même aussi, dans quelques exceptions plus rares encore, on voit les symptômes généraux exister presque seuls, ou même tout-à-fait seuls. C'est le cas d'une tuberculisation qui s'est développée dans quelque autre système d'organe en même temps que dans les poumons, et qui est encore trop rare dans ces derniers pour provoquer des signes locaux bien sensibles. Le même fait peut se présenter dans les cas où la cachexie tuberculeuse générale est assez prononcée pour provoquer des phénomènes fébriles sensibles avant que la sécrétion tuberculeuse ne se soit effectuée dans les poumons. Ce cas est un des plus difficiles; on n'a plus alors, pour base de son jugement, que l'état de la constitution du malade, ses conditions d'hérédité, et l'histoire de ses antécédents. Néanmoins, on peut encore, dans un certain nombre de cas, arriver à un diagnostic positif; mais il est prudent, je crois, pour peu qu'il y ait doute, de prendre ses réserves pour l'avenir.

ARTICLE II.

VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES NATURELLES.

On a admis plusieurs variétés ou formes de phthisie pulmonaire. Laënnec en admettait cinq (1); M. Clark en admet quatre (2); beaucoup en admettent trois seulement, une *aiguë*, une *chronique*, et la troisième *latente*. Je crois qu'aujourd'hui il convient de rayer de l'histoire de la phthisie le mot *latent*, comme on l'a rayé de l'histoire de la pleurésie et de la pneumonie. Ce mot était heureusement trouvé, à une époque éloignée de nous, pour couvrir l'insuffisance très fréquente du diagnostic; mais il n'est plus applicable à l'époque où nous vivons. En effet, si par ce mot on veut désigner une classe de malades chez lesquels le diagnostic de la phthisie est impossible, quels que soient les moyens d'investigation dont on se serve et le soin que l'on apporte à leur emploi, ce mot exprime une chose fausse; si on entend seulement représenter par ce mot les cas où le diagnostic de la phthisie est plus ou moins difficile, il est au moins inutile et mal appliqué. Ainsi le mot *latent* exprime, non pas une forme particulière de la maladie, comme la forme aiguë, la forme chronique, mais le degré d'habitude diagnostique de l'observateur. Les observations de phthisie qu'on a publiées sous le titre de *phthisie latente* sont une preuve évidente de ce que je dis là : il y manque plusieurs des éléments les plus importants du diagnostic; aux unes ce sont les signes physiques locaux, aux autres l'histoire des antécédents, etc. Il est ainsi un certain nombre de mots dont la valeur et la durée d'existence se mesurent sur les progrès de la science dont ils représentent la marche : quand celle-ci est arrivée à un certain point, leur valeur cesse et leur existence finit.

(1) Auscultation médiate, édition de 1837, vol. 2, pag. 224.
(2) Traité de la Consomption, p. 43.

L'expérience, j'espère, prouvera comme elle l'a déjà fait qu'avec l'emploi bien entendu et simultané des moyens d'investigation que j'ai développés dans cet ouvrage, le mot *latent* n'est plus applicable à la phthisie dans le sens et dans les limites que lui ont donnés les auteurs. J'étendrai même ces limites plus loin, en disant qu'il n'est point applicable dans la très grande partie des cas, à la première période de cette affection.

Toutes les formes de la phthisie peuvent être ramenées à la *forme aiguë* et à la *forme chronique* : elles sont toutes des dégradations successives ou des variétés de l'un ou de l'autre de ces deux types.

La forme chronique est de beaucoup la plus fréquente : sa durée est extrêmement variable, depuis plusieurs mois jusqu'à un grand nombre d'années. La forme aiguë a sa marche comprise entre un petit nombre de jours, depuis dix jours (ainsi que je l'ai vu chez un malade), jusqu'à deux ou trois mois environ (1).

Dans la forme chronique les symptômes fébriles sont en général peu marqués, tandis qu'ils le sont beaucoup dans la forme aiguë.

Les phénomènes locaux rationnels, tels que la toux, les crachats, etc., sont en général plus marqués dans la première que dans la seconde (2) ; les signes physiques locaux sont également plus nets, plus tranchés, plus faciles à reconnaître et à apprécier dans la phthisie chronique que dans la phthisie aiguë. Dans le premier cas, ils occupent presque exclusivement le sommet des poumons (3) ; dans le se-

(1) Dix jours, à partir du moment où ont apparu les premiers phénomènes locaux sensibles à l'observateur, jusqu'à la mort du malade.

(2) J'en excepterai cependant la dyspnée et les douleurs de poitrine, qui m'ont paru être beaucoup plus prononcées et plus fréquentes dans la phthisie aiguë que dans l'autre.

(3) On voit par ce parallèle que, fidèle au but de cet ouvrage, je m'attache surtout à tout ce qui appartient à la première période de la phthisie.

cond, ils sont plus disséminés dans la masse de l'organe.

Les conditions de constitution, d'hérédité et de maladies antécédentes qui fondent la prédisposition à la phthisie, sont, en général, très prononcées dans la phthisie chronique et presque nulles ou tout-à-fait nulles dans la phthisie aiguë.

La première se manifeste surtout avant le moment où commence cette période de la vie dans laquelle, livré à soi-même, on est exposé aux excès et aux privations de tous les genres ; la seconde, qui paraît surtout reconnaître pour causes les conditions antihygiéniques diverses dans lesquelles a vécu le malade, se montre surtout à partir de la période de la vie que j'indique (1).

La forme anatomique de la véritable phthisie aiguë primitive est exclusivement la tuberculisation *miliaire*, ou du moins a été telle dans mes observations. La forme miliaire peut aussi appartenir à la phthisie chronique, mais la tuberculisation *globulaire*, c'est-à-dire sous forme de gros tubercules arrondis, paraît lui appartenir exclusivement (2).

(1) Les recherches de M. le docteur Horne sont en cela d'accord avec les miennes (Voyez Rapport statistique et pathologique de l'infirmerie royale d'Edimbourg pour 1833, 1834, 1835, 1836, et la moitié de 1837, Gazette médicale de Paris, année 1838, n° du 3 février).

(2) On s'étonnera peut-être de cette proposition, si différente de celle de Laënnec (Auscult. méd., édit. de 1837, 2e volume, p. 47) qui dit que « dans le plus grand nombre des cas » on trouve réunies dans un même poumon toutes les formes de tuberculisation qu'il a décrites séparément ; mais je persiste à dire, sur la foi d'un grand nombre d'autopsies de phthisiques comparées entre elles, qu'à son degré type la phthisie aiguë primitive est représentée anatomiquement par la tuberculisation *miliaire*, quelquefois aussi par la matière tuberculeuse *amorphe*, et jamais par la tuberculisation *globulaire*, qui paraît appartenir d'une manière toute spéciale à la phthisie chronique. Je pense que Laënnec a fait erreur quand il a dit que ces deux formes, la forme miliaire et la forme globulaire, coexistaient ensemble *dans le plus grand nombre des cas* ; l'erreur est venue probablement de ce qu'il a pris pour de la tuberculisation globulaire les petits groupes que forment en se réunissant les tubercules miliaires. Une autre circonstance a pu encore favoriser l'erreur dont je parle, c'est que

Quand une phthisie aiguë survient pendant le cours d'une phthisie chronique ou d'une cachexie tuberculeuse chronique, on trouve quelquefois associées l'une à l'autre les deux formes anatomiques de la phthisie; l'une de formation ancienne, l'autre de formation récente.

ces petits groupes ou noyaux commencent ordinairement à se ramollir par leur centre, de même que les tubercules globulaires.

Je n'ai point encore rencontré sur les poumons de phthisiques la matière tuberculeuse *gélatiniforme* ou *jaune* dont parlent Laënnec (ouvrage cité, v. 2, p. 48) et M. Louis (Recherches sur la phthisie, p. 7); mais j'ai rencontré quelquefois la matière tuberculeuse *amorphe*, c'est-à-dire sous forme *d'infiltration grisâtre*; toutes les fois que je l'ai trouvée, elle était réunie à la forme *miliaire*. Les résultats auxquels je suis arrivé en comparant entre elles les formes *globulaire*, *miliaire* et *amorphe* de la tuberculisation sont les suivants : la seconde m'a paru être la plus commune; la première la plus lente à se produire; la seconde, tantôt lente, tantôt fort rapide dans sa production; la troisième fort rapide, mais fort rare comparativement aux autres.

La forme globulaire peut bien, comme on l'a dit, avoir pour précédent des granulations d'abord fort petites, telles que celles de la forme miliaire; mais toute granulation primitivement miliaire ne doit pas nécessairement passer par un développement successif, et prendre le volume, la forme et la texture du tubercule globulaire. Les granulations miliaires m'ont paru constituer, au moins dans un certain nombre de cas, une forme particulière de la tuberculisation, et non pas une période de la forme globulaire. Ces granulations, d'abord demi-transparentes, un peu grisâtres, deviennent ensuite blanches et opaques; c'est la période qui précède et prépare leur ramollissement. Ce ramollissement et les cavernes qui lui succèdent, se produisent de deux manières différentes : dans un premier cas, les granulations se sont réunies en groupes serrés; ces groupes représentent autant de noyaux plus ou moins volumineux, très denses à leur centre, où les granulations sont plus concentrées; les granulations du centre blanchissent et deviennent opaques avant celles de la périphérie, et le ramollissement suit la même marche, de telle sorte que chaque groupe de granulations miliaires est bientôt le siége d'une caverne centrale qui tend de plus en plus à s'agrandir. Dans le second cas, on voit des granulations isolées au milieu du tissu pulmonaire se ramollir à leur centre et devenir le siége d'une toute petite excavation, dans laquelle se fond insensiblement la granulation tuberculeuse. J'ai souvent rencontré ces très petites excavations, capables tout au plus de contenir la tête d'une petite épingle.

Plusieurs éruptions successives, mais peu considérables, de matière tuberculeuse ont lieu dans le cours d'une phthisie chronique, et paraissent marquer çà et là ses périodes de recrudescence; tandis que dans la phthisie aiguë primitive, une seule éruption, mais très considérable, ou tout

Tous ces changements successifs surviennent sans que le tubercule ait perdu sa forme miliaire, sans qu'il ait acquis plus que le volume d'un grain de millet ou au plus d'un petit grain de chenevis.

Les formes de tuberculisation *amorphe* et *miliaire* ont beaucoup plus d'analogie entre elles qu'elles mêmes n'en ont avec la forme *globulaire*.

La phthisie pulmonaire héréditaire paraît être représentée plus spécialement par la forme globulaire et la phthisie accidentelle ou acquise par les formes miliaire et amorphe. Je n'ai jamais rencontré de tubercules globulaires chez des individus nés de parents sains, primitivement robustes et bien constitués, devenus phthisiques par suite des conditions antihygiéniques auxquelles ils s'étaient exposés.

On ne peut pas admettre avec M. Carswel que la forme granuleuse ou miliaire dépende de la structure des cellules aériennes dans lesquelles il suppose alors que la matière tuberculeuse est déposée; attendu que les mêmes granulations se rencontrent dans d'autres tissus à texture pleine et non cellulaire, par exemple, dans les fausses membranes séreuses. Il est incontestable que de la matière tuberculeuse peut se trouver déposée dans des ramifications bronchiques : j'ai rencontré ce fait plusieurs fois, et je me suis assuré avec soin de son exactitude ; mais on ne peut pas conclure de là que le siége de la tuberculisation soit toujours les vésicules pulmonaires. M. Andral (Auscult. médiate, édit. de 1837, t. 2, p. 20) s'élève avec force contre cette opinion de M. Carswel.

J'ai constaté souvent comme M. Carswel que, dans la phthisie aiguë, le tissu pulmonaire intermédiaire aux granulations tuberculeuses devenait en fort peu de temps le siége d'une infiltration séreuse assez considérable. J'ai constaté aussi parfois l'existence d'une congestion sanguine considérable unie à la congestion séreuse ; de là résultait une augmentation considérable de la densité du tissu pulmonaire intermédiaire aux granulations tuberculeuses. La gêne de la circulation pulmonaire, que doit nécessairement causer le dépôt subit d'une grande quantité de matière tuberculeuse dans les poumons, explique parfaitement les congestions séreuse et sanguine qui se produisent alors ; et celles-ci concourent puissamment, selon toute apparence, à la dyspnée considérable et aux symptômes d'asphyxie qui accompagnent, ainsi que je l'ai déjà dit, la phthisie très aiguë. Quelques auteurs

au plus deux ou trois éruptions, produites (selon toute apparence) à fort peu de distance les unes des autres, marquent la courte durée de cette forme de la phthisie.

Tels sont, en traits rapides, les caractères types de cha-

ont pensé que les hémoptysies pouvaient, dans un certain nombre de cas, dépendre de cet obstacle assez subit apporté à la circulation pulmonaire; mais je ferai observer que les hémoptysies sont fort rares dans la forme la plus aiguë de la phthisie, et que, d'ailleurs, la véritable hémoptysie des phthisiques est plutôt le résultat d'une congestion active que d'une congestion passive.

La dégénérescence graisseuse du foie est un fait beaucoup moins général dans la phthisie aiguë que dans la phthisie chronique. Cette dégénérescence n'a point existé chez ceux de nos malades dont la phthisie a affecté la marche la plus aiguë. Il est naturel d'expliquer cette absence par le fait même de la marche très aiguë de la phthisie: en effet, la prédominance du système veineux, qui paraît être la cause de cette dégénérescence graisseuse du foie, et qui est un résultat de l'action successivement décroissante de la respiration et de l'hématose, n'a pas eu le temps de s'établir dans la phthisie très aiguë, tandis qu'elle s'établit d'autant plus complètement que la phthisie affecte davantage la marche chronique.

« L'existence simultanée des tubercules dans les différents organes, dit M. Andral (Auscult. méd., éd. de 1837, 2e vol., p. 53), s'observe bien plus fréquemment dans l'enfance qu'à aucune autre époque de la vie. Dans un assez grand nombre de cadavres d'adultes, les poumons seuls contiennent des traces de ces produits accidentels. Chez les enfants, au contraire, rien n'est plus ordinaire que de trouver des tubercules développés à la fois dans un grand nombre d'organes; c'est chez eux surtout que la dégénération des ganglions lymphatiques se montre comme une affection très commune. » Cette différence entre les deux âges me semble dépendre de ce que la phthisie accidentelle ou acquise est infiniment plus fréquente chez les adultes que chez les enfants; et, d'ailleurs, il résulte de mes recherches que la phthisie accidentelle localise plutôt ses effets, ses dépôts tuberculeux dans les poumons que la phthisie héréditaire, dont le caractère est au contraire de se répandre sur un grand nombre d'organes.

Les belles recherches anatomiques qu'a faites dernièrement M. N. Guillot (Journal l'Expérience, année 1838, n° 35) ont démontré ce fait important: que la circulation de l'artère pulmonaire cesse dans les parties des poumons occupées par des cavernes ou par des masses tuberculeuses; et qu'autour de ces cavernes et de ces masses tuberculeuses, elle est remplacée par une circulation nouvelle dépendant de la circulation aortique. De nombreuses

cune de ces deux formes de phthisie. La *phthisie aiguë primitive régulière* est celle qui apparaît d'une manière assez brusque, à la suite de l'influence plus ou moins puissante et plus ou moins prolongée de circonstances antihygiéniques, chez un homme prédisposé ou non à la phthisie par sa constitution, qui se développe rapidement, s'accompagne de phénomènes fébriles prononcés (ceux que j'ai désignés sous le nom de *fièvre hectique aiguë*), et se termine, sans interruption sensible de ses phénomènes, à fort peu de distance de son début, tantôt sans avoir passé la période de crudité des tubercules, tantôt après avoir accompli les périodes suivantes, toutefois en ne creusant dans les poumons que des cavernes petites mais multipliées.

artérioles, communiquant avec les artères bronchiques et intercostales à travers les fausses membranes qui unissent ordinairement les deux surfaces pleurétiques, se ramifient sur la fausse membrane qui tapisse les cavernes, et provoquent ainsi l'hématose du sang qu'elles renferment. Tel est, d'après les recherches de M. Guillot, l'artifice par lequel la nature entretient l'hématose dans les poumons des tuberculeux, et, par suite, soutient la vie générale. Nous trouvons dans ce fait la raison de la gravité et de la rapidité même de la phthisie aiguë : j'ai dit que la phthisie aiguë était caractérisée par une éruption assez subite et considérable de matière tuberculeuse; il en résulte que la circulation nouvelle découverte par M. Guillot n'a pas le temps de s'établir, et qu'une asphyxie rapide doit être la conséquence de la diminution considérable qu'a subie la circulation pulmonaire. Or, c'est précisément ce qui arrive, surtout dans cette forme de la phthisie que j'ai nommée *asphyxique*. Si l'éruption de matière tuberculeuse n'est pas tellement considérable que le malade ait succombé au défaut d'hématose, à l'asphyxie, dans la période même de crudité des tubercules; si des cavernes ont eu le temps de se creuser dans les poumons; il doit encore, et par la même raison que précédemment, succomber beaucoup plus vite que les malades atteints de phthisie chronique : car on a remarqué que, dans la phthisie aiguë, les cavernes ne sont pas, comme dans la phthisie chronique, tapissées par une fausse membrane; et il en résulte que la nouvelle circulation chargée d'entretenir l'hématose ne peut, dans la phthisie aiguë, se développer aussi facilement sur la surface intérieure des cavernes; il en résulte que l'étendue de la surface où le sang peut se mettre en contact avec l'air est d'autant moindre; par conséquent l'asphyxie doit être bien plus rapide.

La *phthisie chronique primitive régulière* est celle dont le début est obscur, le développement graduel, la marche lente et uniforme, semée seulement çà et là de quelques recrudescences séparées par des temps de repos plus ou moins complets; ses phénomènes fébriles sont peu apparents, et caractérisés parce que l'on pourrait appeler la *fièvre hectique chronique;* elle ne se montre que chez des individus qui y sont prédisposés par leur constitution ou leurs conditions d'hérédité; elle fait passer les malades par tous les degrés du marasme, et n'achève sa marche qu'après avoir creusé dans les poumons des cavernes plus ou moins étendues (1).

(1) Les deux observations suivantes peuvent servir d'exemple, l'une de phthisie aiguë primitive, l'autre de phthisie chronique primitive.

I. *Exemple de phthisie aiguë primitive, ayant un mois de durée, à compter du début des premiers accidents.*

Faucherand, Auvergnat, âgé de 24 ans, entra, le 2 mai 1837, à l'hôpital de la Charité (n° 14 de la salle St-Louis, service de M. Andral). Sa constitution était extrêmement robuste, sa force presque athlétique: membres volumineux; poitrine large, saillante, régulière; formes anguleuses; système pileux noir; intelligence pesante, mais jugement très sain. *Son père*, âgé de 80 ans, d'une constitution semblable à la sienne, avait toujours joui et jouissait encore d'une très bonne santé, ainsi que *sa mère*, femme très robuste qui était âgée de 66 ans. *Ses deux frères* et *sa sœur* étaient de même très fortement constitués et d'une santé parfaite.

Jamais Faucherand n'avait eu ni rhumes, ni toux, ni hemoptysies. Sa santé avait toujours été fort bonne, lorsque, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, sans cause bien appréciable, il fut pris d'un rhume assez violent, suivi de toux, de fièvre, de malaise général très prononcé. Malgré cela, il eut l'imprudence de vouloir continuer pendant huit jours encore son travail accoutumé; mais, pendant ce temps, son rhume, sa faiblesse, sa fièvre s'accrurent beaucoup, et, au bout de huit jours, il fut obligé de garder le lit. A partir de cette époque, des symptômes très aigus de fièvre hectique se manifestèrent, et leur intensité s'accrut rapidement. Nous insistâmes beaucoup auprès du malade pour savoir si, avant cette époque, il n'avait pas éprouvé quelques-uns des phénomènes qui décèlent un commencement d'altération de la constitution; et il nous répondit toujours et bien nettement que sa

Mais ces deux formes de phthisies, si différentes dans leur type primitif, sont liées l'une à l'autre par une chaîne con-

maladie actuelle ne remontait pas au-delà de l'époque qu'il nous indiquait. Malheureusement, nous oubliâmes d'interroger le malade sur les influences antihygiéniques qu'il pouvait avoir subies; de telle sorte, que nous ne savons auxquelles de ces influences doit être attribuée cette phthisie si aiguë.

Du 2 au 12 mai, les phénomènes morbides qui l'avaient engagé à entrer à l'hôpital s'accrurent très rapidement. En peu de jours il tomba dans un tel état d'anéantissement des forces et d'amaigrissement, que bientôt il fut presque méconnaissable. La peau devenait de jour en jour plus sèche et plus brûlante. La face exprimait surtout un sentiment d'oppression, de gêne intérieure, d'angoisse respiratoire, très marquées pour l'observateur, quoique peu sensibles pour le malade, qui disait tout simplement être un peu oppressé. En proie à une fièvre violente, Faucherand, en quelque sorte étranger au monde extérieur, semblait tout absorbé en lui-même, ne répondait que par phrases brèves et entrecoupées, et n'accusait que de l'oppression. Le pouls, extrêmement fréquent, comme sautillant, était à la fois petit et mou.

Le 12 au soir, nous constatâmes dans toute l'étendue de la région antérieure de la poitrine les signes suivants : inspiration diminuée de durée (7,8); expiration augmentée de beaucoup d'intensité et de durée (10, 12 et 15); caractère *bronchique* dans quelques points du sommet de la poitrine, dans le côté gauche surtout. A mesure qu'on s'éloignait du sommet du thorax, les bruits respiratoires reprenaient leur timbre naturel, mêlé çà et là de timbre *clair* ou *soufflant* pendant l'expiration. Mais ce qui était surtout remarquable, c'est que ces caractères morbides, tout en occupant plus particulièrement le sommet de la poitrine du côté gauche surtout, se faisaient entendre aussi, mais irréguliers, et par places seulement, dans le reste de l'étendue de la partie antérieure de la poitrine. La voix était évidemment bronchophonique sous la clavicule gauche; son retentissement était moindre sous la clavicule droite, et inégal et presque nul dans le reste de la partie antérieure de la poitrine. A l'exception de la région sous-claviculaire gauche, où le son était un peu obscur, la percussion ne fournissait rien d'anormal. La vibration vocale était un peu moindre sous la clavicule gauche que sous la droite. L'inspection ne faisait reconnaître aucune déformation appréciable du thorax. Le malade ne sentait aucune différence entre les deux côtés de la poitrine, soit pour la respiration, soit pour la sensibilité à la percussion. La voix, auscultée à distance, offrait, pour seul caractère anormal, d'avoir un ton grave particulier.

tinue, composée d'un grand nombre de degrés ou de formes intermédiaires.

D'ailleurs, on constatait à la région précordiale tous les signes ordinaires d'une hypertrophie assez considérable du cœur. Jusque là, le traitement avait consisté dans de simples adoucissants. Le 12 au soir, on lui pratiqua une saignée de cinq palettes, et on lui fit mettre des sinapismes aux jambes. Il mourut le 14 mai, avec un peu de délire, au milieu des symptômes ordinaires de l'asphyxie.

A l'autopsie, nous trouvâmes les désordres suivants : hypertrophie assez considérable du cœur sans altération des orifices ni des valvules; poumons adhérents à la plèvre costale par toute l'étendue de leur surface, au moyen d'une couche celluleuse fort épaisse, de très ancienne formation, mais non infiltrée de granulations tuberculeuses. Sur un point de la partie latérale du poumon gauche, cette couche, au lieu d'être celluleuse, était fibreuse, blanchâtre et dédoublée en deux lames qui circonscrivaient une cavité pleine de matière tuberculeuse un peu ramollie.

Les deux poumons étaient infiltrés par une innombrable quantité de tubercules, *de forme exclusivement miliaire*, tous à l'état cru; les uns isolés, les autres réunis en groupes; très confluents dans le sommet du poumon gauche, beaucoup moins dans le sommet du poumon droit; dispersés irrégulièrement sur le reste de la partie antérieure des deux poumons, ces tubercules occupaient surtout la périphérie de ces organes. Dans le poumon droit, le tissu pulmonaire intermédiaire aux tubercules était assez perméable; dans le poumon gauche, au contraire, il était le siége d'un engouement sanguin très considérable, qui, dans plusieurs points, était porté jusqu'à l'hépatisation rouge et grise. Une dissection attentive des canaux bronchiques faisait voir, dans certaines parties des poumons, au sommet surtout, là où l'infiltration tuberculeuse était le plus confluente, les canaux bronchiques capillaires occupés par de la matière tuberculeuse un peu ramollie; quelques-uns de ces canaux étaient fortement dilatés, et alors, la petite masse de matière tuberculeuse qui les occupait était globuleuse, au lieu d'être cylindrique comme dans les autres. Les ganglions bronchiques étaient le siége d'un engorgement assez considérable. L'intérieur du larynx était parfaitement sain.

Dans toute l'étendue de la moitié supérieure de l'abdomen, une couche celluleuse épaisse, absolument semblable à celle qui recouvrait la surface des poumons, faisait adhérer la paroi abdominale antérieure avec la surface des viscères abdominaux correspondants. Quelques petits gâteaux de matière tuberculeuse *amorphe*, ramollie, semblable à la

Sous ce point de vue, elles peuvent se rapprocher infiniment l'une de l'autre pour leurs causes, pour leurs sym-

matière tuberculeuse découverte dans les bronches capillaires et dans l'épaisseur de la fausse membrane du poumon gauche, se remarquaient çà et là dans l'épaisseur de la couche celluleuse péritonéale. Quelques granulations miliaires, placées entre la fausse membrane et la surface séreuse des circonvolutions intestinales, donnaient un toucher et un aspect granuleux à ces circonvolutions; du reste, aucune trace de tuberculisation ne se remarquait dans aucun des viscères abdominaux, qui tous étaient parfaitement sains.

II. *Exemple de phthisie chronique primitive.*

Etienne Boulanger, âgé de 43 ans, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 3 avril 1837 (n° 11 de la salle Saint-Louis, service de M. Andral). C'était un homme à poitrine étroite, surtout dans son diamètre transversal, à membres grêles, à peau blanche et fine, à chairs molles, à cils longs, à système pileux presque nul; en somme, à constitution primitive très faible, à tempérament essentiellement lymphatique.

Depuis son enfance, il portait une déviation assez considérable de la colonne vertébrale, qui avait augmenté successivement depuis cette époque.

Quoique d'une santé ordinairement faible, délicate, il s'était cependant assez bien porté jusqu'au mois de février 1837, époque à laquelle il fut pris de la grippe. A partir de cette époque, il était resté à peu près continuellement pris de rhumes et de toux. Vers le même temps, il avait eu plusieurs hémoptysies, à peu de distance les unes des autres. Ces hémoptysies s'étaient renouvelées quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Depuis la même époque, sa santé s'était graduellement affaiblie; ses forces avaient diminué; il avait maigri; de la fièvre était venue chaque jour, le soir surtout, se joindre aux symptômes précédents. A partir du moment de son entrée jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 28 avril, nous vîmes le malade passer, d'une manière extrêmement graduelle, sans que lui-même s'en aperçût, par tous les degrés successifs du marasme et de l'anéantissement des forces. Le passage de la vie à la mort fut, chez lui, tellement graduel, que, pendant plusieurs jours, il fut à chaque instant sur le point de s'éteindre; il mourut sans délire, sans agonie, sans se douter un seul instant qu'il fût si près de la mort. Depuis le moment de son début, la maladie avait suivi cette même marche essentiellement chronique.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans le centre du sommet des deux poumons un grand nombre de tubercules *de forme exclusivement*

ptômes, pour leur marche, et pour leurs formes anatomiques. Elles peuvent se combiner l'une avec l'autre et donner lieu à tous les intermédiaires possibles entre les extrêmes, c'est-à-dire les types qu'elles représentent. La phthisie primitivement chronique peut, sous l'influence de certaines circonstances excitantes, acquérir une marche très aiguë et se terminer rapidement au milieu de symptômes fébriles intenses. L'individu prédisposé par sa constitution, par ses conditions d'hérédité, à la phthisie chronique, pourra, s'il s'expose aux circonstances antihygiéniques capables de développer la phthisie aiguë, allier les deux formes anatomiques, et offrir dans la marche de son affection quelque chose de mixte entre les deux. La phthisie aiguë une fois manifestée, les circonstances antihygiéniques qui lui ont donné naissance, au lieu de continuer d'agir et de précipiter ainsi la marche rapide de l'affection, peuvent cesser pour un temps et être remplacées par des circonstances contraires; dans ce cas, la phthisie primitivement aiguë pourra prendre une marche chronique. Elle revêtira de prime abord une marche lente, incertaine, vacillante, si les conditions antihygiéniques auxquelles le malade s'est exposé ont frappé sur une constitution primitivement bonne, et n'ont agi que lentement, en s'interrompant de temps en temps, enfin en ne développant que par degrés la cachexie tuberculeuse, et en cessant plus ou moins leur action au moment où s'établit la tuberculisation, etc.

Chacun des faits que je viens d'exposer n'est que l'expres-

globulaire, la plupart du volume d'une balle de calibre, d'autres plus volumineux, quelques-uns ramollis à leur centre, la plupart entièrement à l'état cru. Tous étaient concentrés dans les sommets des poumons; aucun ne se remarquait dans le reste de l'étendue de ces organes. Dans la partie la plus centrale du sommet des poumons, le ramollissement de quelques tubercules avait entraîné la formation de plusieurs petites cavernes.

J'ai abrégé beaucoup cette seconde observation, parce que les faits de ce genre *sont fort communs et connus de tout le monde.*

sion résumée de quelques-unes de mes observations, dans la plupart desquelles se trouvent indiqués avec soin les conditions d'hérédité, de constitution, de maladies antécédentes; les influences antihygiéniques présentées par les malades; la symptomatologie, la marche, les accidents de la maladie, et, chez les malades qui sont morts sous nos yeux, la terminaison de l'affection et l'anatomie pathologique qui la représente. Si j'ai exprimé ces résultats sous la forme qu'on vient de voir, c'est pour qu'ils soient mieux sentis; il est trop long de dire : chez tel malade il y avait telle chose, chez tel, telle autre chose, etc. La gangue n'ajoute rien à la valeur du métal : celui-ci n'est utile que lorsqu'il en est dépouillé.

Il est une forme particulière de la phthisie aiguë primitive qui n'a été que fort peu décrite. Son caractère principal est une dyspnée très grande, qui augmente continuellement : les symptômes fébriles sont très prononcés; le début ordinairement assez brusque; la marche extrêmement rapide; la face est d'un rouge brun, quelquefois violacée, comme en état de turgescence sanguine, les conjonctives sont injectées, la dyspnée est extrême, et le malade est dans un état d'anxiété respiratoire voisin de la suffocation; la scène se termine quelquefois par du délire. En un mot, c'est le tableau de l'asphyxie. En effet, on reconnaît, à l'autopsie, qu'un très grand nombre de tubercules miliaires ont envahi la plus grande partie de la masse des poumons, et que le reste de ces organes est fortement engoué de sang. Ces tubercules sont quelquefois si abondants, que les poumons se trouvent convertis en une masse solide et pesante, comme dans l'hépatisation. Le malade a succombé avant que l'amaigrissement ait eu le temps de survenir. Cette phthisie, heureusement fort rare, ressemble assez bien, dans son aspect extérieur, à une pneumonie compliquée de catarrhe, mais on n'observe aucun des signes de la pneumonie, et les

signes locaux que l'on recueille dans la phthisie aiguë sont bien différents de ceux du catarrhe : c'est une diminution du bruit inspiratoire, une augmentation du bruit expiratoire, un caractère très marqué de rudesse et de sécheresse de ces bruits, ordinairement un peu de timbre bronchique. Mais ces caractères offrent quelque chose de particulier qui n'appartient pas à la phthisie ordinaire, quelque chose de moins net et de plus intense. Ces caractères, d'ailleurs, ne sont pas localisés comme à l'ordinaire dans le sommet des poumons; ils sont irrégulièrement épars sur toute la surface antérieure de la poitrine, à peu près également d'un côté et de l'autre. La percussion donne un son obscur dans quelques points, clair ou même exagéré dans d'autres. La vibration vocale est diminuée. L'expiration est nulle, la soif vive, la peau sèche, aride, et d'une chaleur mordicante. La face est très animée, avec expression de suffocation; mais cette expression faciale, que j'ai décrite à la page 640, est différente de celle qu'on observe dans le simple catarrhe aigu. M. Andral a publié dans sa Clinique médicale un exemple de cette forme de la phthisie (1); le nom de *phthisie asphyxique* semble résumer assez bien ses principaux caractères.

CHAPITRE XI.

RAPPROCHEMENT DES SYMPTÔMES ENTRE EUX; LEUR VALEUR RELATIVE; LEURS COMBINAISONS DIVERSES.

Les symptômes de la première période de la phthisie pulmonaire tirent surtout leur valeur diagnostique de leur réunion plus ou moins complète et naturelle; c'est-à-dire que leur valeur relative l'emporte sur leur valeur absolue.

(1) Clinique méd., t. 2, p. 93, 2e édit. Voyez aussi Auscult. média., édit. de 1837, v. 2, p. 256.

En effet, il n'en est aucun, pris séparément, qui ne puisse se montrer dans une autre affection; tandis que telle combinaison de ces symptômes ne peut appartenir qu'à la tuberculisation des poumons. Nous ne saurions donc trop nous attacher à bien connaître cette valeur relative.

Considérés sous ce point de vue, les symptômes de la première période de la phthisie se divisent naturellement en trois ordres : 1⁰ les signes du passé; 2⁰ les signes du présent, qui comprennent les signes locaux et les signes généraux; 3⁰ enfin, ceux qui enchaînent entre eux les précédents et appartiennent à la marche de la maladie. Ces derniers seront l'objet du chapitre suivant.

I⁰. *Signes du passé.*

Les signes du passé sont tirés de la considération de la constitution des malades, de la santé des parents, de l'âge et du sexe, de la menstruation, des diverses maladies éprouvées par le malade, et surtout des maladies de l'appareil respiratoire, telles que bronchites, pneumonies, pleurésies, hémoptysies, sensations morbides éprouvées dans la poitrine, altération de la voix et toux. Ils comprennent, enfin, ceux que peut fournir la considération des conditions antihygiéniques dans lesquelles le malade a vécu, toutes les causes affaiblissantes quelles qu'elles soient, par exemple : les excès de travail physique, la privation prolongée du sommeil, l'habitation dans un espace étroit, mal éclairé par la lumière solaire et mal aéré, une habitation humide et froide, l'exercice de certaines professions qui, aux conditions précédentes, joignent l'excitation directe du système respiratoire par l'inspiration de petites molécules métalliques ou non métalliques, la nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité, les passions tristes, les excès vénériens et alcooliques.

Il est, parmi cet ensemble de phénomènes, certaines combinaisons qui excluent et d'autres qui autorisent la pensée

d'une phthisie. C'est ainsi qu'il suffit de l'absence simultanée des influences antihygiéniques et des conditions d'hérédité et de constitution qui indiquent une prédisposition à la phthisie, pour rendre tout-à-fait improbable l'existence de cette affection. — C'est ainsi que l'existence seule des conditions prédisposantes d'hérédité et de constitution, toute autre circonstance appartenant au passé étant absente, peut autoriser suffisamment la présomption d'une phthisie. — On pourrait former la même conjecture chez un individu qui, après avoir été soumis pendant long-temps, et d'une manière à peu près continue, aux influences antihygiéniques que j'ai décrites, ou à quelques-unes des plus puissantes d'entr'elles, aurait vu se développer, à la suite de ces influences, les phénomènes qui excitent chez lui le soupçon de phthisie, quelque avantageuses que fussent d'ailleurs ses conditions d'hérédité, de constitution primitive et de santé antécédente. — L'existence antécédente de bronchites avec la marche spéciale que j'ai décrite, de pleurésies avec tendance à la marche chronique ou avec cette marche effectuée, d'hémoptysies assez abondantes, de sensations morbides de la poitrine et des altérations de la voix et de la toux que j'ai exposées, suffirait pour rendre très probable l'existence d'une phthisie, quelque douteuses que fussent les conditions d'hérédité et de constitution, et lors même que les influences antihygiéniques seraient nulles. — Cette probabilité augmenterait en raison directe de la réunion plus ou moins complète des conditions morbides antécédentes fournies par le système respiratoire, aux conditions de constitution, d'hérédité et d'influences antihygiéniques. — Quant aux considérations fournies par l'âge, le sexe, la menstruation, elles ne sont que d'une valeur extrêmement secondaire ou tout-à-fait nulle. Certaines conditions morbides de la menstruation étant susceptibles de simuler quelques-uns des signes

de la première période de la phthisie, on devrait se tenir en garde contre cette cause d'erreur. — La probabilité de l'existence d'une phthisie approcherait d'autant plus de la certitude, qu'on trouverait réunies, en plus grand nombre et plus complétement, les conditions d'hérédité et de constitution, les influences antihygiéniques, et quelques-unes des circonstances morbides fournies par le système respiratoire. — Parmi ces dernières, les hémoptysies tiennent le premier rang, surtout si elles sont abondantes et répétées, et si elles se sont produites indépendamment de toute influence mécanique; puis, viennent les rhumes avec la marche particulière que j'ai indiquée; puis, la toux et les altérations de la voix; puis, les pleurésies chroniques; puis, enfin, les sensations morbides éprouvées par les malades dans l'intérieur de la poitrine. — Les conditions d'hérédité sont plus importantes que celles de constitution; c'est-à-dire que de deux individus, l'un, chez lequel existeraient assez prononcées les conditions de constitution qui indiquent la prédisposition à la phthisie, et point les conditions d'hérédité; l'autre, qui aurait vu succomber à la phthisie son père ou sa mère ou bien quelqu'un de ses frères et sœurs (1), et dont la constitution serait bonne, bien développée, le soupçon de phthisie qui peserait sur ce dernier serait beaucoup plus grave que celui qu'autoriserait le premier. — Parmi les conditions de constitution primitive qui indiquent une prédisposition à la phthisie pulmonaire, l'étroitesse générale et très prononcée de la poitrine, unie à une déformation telle que son diamètre transverse soit tout au plus égal à son diamètre antéro-postérieur, est une de celles qui indiquent cette prédisposition au plus haut degré. — Parmi les influences antihygiéniques, celles qui

(1) Pourvu toutefois que la phthisie développée chez quelqu'un des membres de sa famille n'ait pas pris naissance sous la seule influence de conditions antihygiéniques.

agissent le plus puissamment dans le développement de la phthisie pulmonaire, celles dès lors qui doivent laisser dans l'esprit de l'observateur le soupçon le plus fondé, sont, d'après mes recherches et d'après celles de plusieurs auteurs : la respiration d'un air malsain, l'habitation permanente d'un lieu très étroit, les excès de travaux physiques long-temps continués et réunis à la privation du sommeil ainsi qu'à une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité ; viennent ensuite l'exercice des professions qui déterminent une excitation directe du système respiratoire, les excès vénériens ou alcooliques, et les passions tristes. — Quant à ces trois ordres de faits comparés entr'eux, *les conditions d'hérédité et de constitution, les circonstances morbides antécédentes du système respiratoire*, *les influences antihygiéniques*, elles occupent un rang différent suivant les circonstances : c'est ainsi que les influences antihygiéniques seront les plus probantes chez un individu très robuste, sanguin, bien développé, et né de parents sains; au contraire, les rhumes, la toux, les altérations de la voix, les hémoptysies, auront plus de valeur que tout autre circonstance chez un individu déjà prédisposé à la phthisie par sa constitution et ses conditions d'hérédité. Mais on peut dire d'une manière générale, en comparant la valeur ordinaire de ces trois ordres de faits, que les conditions de constitution et d'hérédité tiennent le premier rang, les circonstances morbides antécédentes du système respiratoire le second, et les influences antihygiéniques le troisième, comme indiquant la probabilité d'existence d'une phthisie.

Mais ce sont moins les faits morbides que comprennent chacun de ces trois ordres, qu'il faut avoir en vue dans la recherche du diagnostic de la première période de la phthisie, que la marche plus ou moins régulière affectée par chacun d'eux, et le rapport plus ou moins exact et régulier qui existe entre les faits de ceux de ces divers ordres qui

coexistent ensemble. J'appelle marche régulière et rapport exact, ceux qui s'accordent avec les descriptions que j'ai faites ou que je ferai plus loin : 1° de la marche particulière qu'affectent tels et tels symptômes de la première période de la phthisie, 2° du rapport qu'ont entre eux les divers groupes de symptômes de cette période. Leur valeur est grande si cette marche est régulière et ces rapports exacts, elle diminue en raison directe de l'irrégularité de cette marche et de l'inexactitude de ces rapports. Il en est de même, comme nous le verrons, du plus ou moins de valeur qu'on peut attacher aux signes du présent, du plus ou moins de confiance qu'on peut accorder aux signes locaux et généraux. L'ensemble symptomatique de la première période de la phthisie peut ainsi présenter un tout plus ou moins complet et régulier, ou bien incomplet et irrégulier. C'est l'*harmonie* ou la *désharmonie* des symptômes et des groupes de symptômes, suivant qu'ils tendent unanimement au même but, ou bien que le témoignage des uns est plus ou moins contraire à celui des autres. On ne saurait croire quelle importance il y a, après l'analyse partielle de chaque symptôme, à considérer sous le point de vue que j'indique l'ensemble de la symptomatologie d'une affection. Ce principe d'observation me semble surtout important dans la recherche du diagnostic de la première période de la phthisie. Le désaccord des symptômes ou des groupes de symptômes provient surtout de deux sources : 1° des maladies qui peuvent simuler la phthisie ; 2° des affections qui peuvent la compliquer : on voit de quel intérêt il est de bien distinguer ces deux ordres de causes de la discordance des symptômes.

II°. *Signes du présent.*

Les signes fournis par l'état présent du malade comprennent tout l'ensemble des signes locaux et des signes généraux.

Signes locaux. Le premier rang parmi les signes locaux est sans contredit occupé par ceux que fournit l'examen de l'appareil respiratoire. Parmi les signes que donne l'examen des autres appareils de l'économie, les phénomènes offerts par les appareils digestif et nerveux sont les seuls qui puissent exercer quelque influence sur le diagnostic de la première période de la phthisie, et encore leur valeur est-elle extrêmement secondaire, et seulement confirmative des signes présentés par le système respiratoire.

Les signes locaux fournis par le système respiratoire sont recueillis par l'auscultation de la respiration, des râles, de la voix, de la toux, et des bruits du cœur sous les clavicules; par la percussion; par l'examen des mouvements de locomotion et de vibration du thorax au moyen du toucher; par l'inspection du volume, de la forme et des mouvements partiels de la poitrine; par l'examen des crachats; par les sensations morbides de la poitrine; et, enfin, par la considération du siége et de l'étendue de ces diverses classes de phénomènes.

Les signes fournis par l'auscultation occupent le premier rang sous plusieurs rapports : ils sont plus constants, plus faciles à suivre dans leur marche et leurs dégradations successives; liés entre eux par des rapports plus nombreux et plus fixes que ceux que recueillent les autres moyens d'investigation, ils ont surtout sur eux l'avantage d'être applicables au diagnostic des premiers degrés de la première période de la phthisie; ce sont surtout les signes fournis par l'auscultation de la respiration qui se trouvent dans ce dernier cas. La percussion vient ensuite; puis la palpation; plus tard l'inspection; et enfin l'examen des crachats. Les sensations morbides ne peuvent avoir qu'une valeur confirmative. Quant à la considération du siége et de l'étendue des phénomènes locaux, elle s'applique à tous les symptômes recueillis par les moyens d'investigation que j'ai passés en revue; elle est une sorte de sanction donnée à la valeur de ces symptô-

mes, quand ses résultats s'accordent avec ce que j'ai dit du rapport de ces symptômes entre eux.

Les signes recueillis par l'auscultation peuvent se montrer seuls, et les autres moyens d'investigation ne fournir que des résultats négatifs. Cela arrive dans les commencements de la tuberculisation des poumons. Parmi les signes que recueille l'auscultation, il peut en manquer plusieurs, et cela peut dépendre, ou bien de ce qu'on n'en est point encore arrivé à l'époque où ils se montrent, dans la marche naturelle des symptômes, ou bien de certaines complications, qui les masquent ou qui les convertissent en d'autres signes. C'est ce qui fait que, pour un bon diagnostic de la première période de la phthisie, il importe de connaître, non-seulement les signes de cette période, mais aussi les signes des maladies qui pourraient la simuler.

La plupart des signes que fait connaître l'auscultation aux différentes époques de la première période de la phthisie, peuvent se trouver réunis sur un même poumon, et cela, quelquefois, à fort peu de distance les uns des autres, parce que la tuberculisation n'est pas également nombreuse, également disposée, et également avancée sur tous les points d'un même poumon. Il peut en être de même des signes que recueillent les autres moyens d'investigation. Cette gradation dans les symptômes, de même que dans l'altération physique de l'organe, est le fait le plus ordinaire; elle indique que plusieurs éruptions tuberculeuses ont déjà eu lieu dans le poumon; et, en effet, quand on compare l'état anatomique avec l'état symptomatique, on reconnaît que plus les signes locaux d'une même époque ou d'époques très voisines occupent d'étendue dans un même poumon, plus il y a d'uniformité dans l'altération organique dont il est le siége : c'est ainsi que dans la phthisie aiguë primitive, de forme *asphyxique*, les signes locaux observés sont les mêmes dans toute l'étendue de la

poitrine; aussi le malade succombe-t-il à une première éruption de tubercules. Il ne faudrait pas croire, cependant, que la (réunion sur un même côté de la poitrine) de symptômes locaux appartenant à des phases diverses de la première période de la phthisie, annonçât toujours plusieurs éruptions tuberculeuses successives; car ces mêmes symptômes pourraient être le résultat d'une agglomération de tubercules plus considérable dans certains points que dans certains autres, agglomération produite tout aussi bien par une seule et même éruption tuberculeuse, que par plusieurs éruptions successives.

Mais, si des signes locaux, dont chacun appartiendrait à un degré très différent de la phthisie, se trouvaient *réunis dans les mêmes points*, au lieu de l'être dans des points différents d'un même côté de la poitrine, alors on pourrait être sûr qu'il existe quelque complication d'état morbide, parce qu'un pareil fait ne se rencontre jamais dans les conditions ordinaires de la phthisie à la première période. Par exemple, si l'on constatait sous une clavicule une simple diminution de durée de l'inspiration et une augmentation de durée et d'intensité de l'expiration avec caractère de dureté et de sécheresse des bruits, réunis à la matité prononcée et à un affaissement très marqué de la région sous-claviculaire, on pourrait être sûr qu'une fausse membrane épaisse et dense coiffe le sommet du poumon; dans ce cas, les signes locaux ne pourraient plus que faire considérer comme probable l'existence d'une infiltration tuberculeuse du sommet du poumon.

Quand des signes locaux qui appartiennent à différentes phases de la première période de la phthisie se trouvent réunis sur un même poumon, ils doivent, pour être d'accord avec la marche naturelle de la maladie, et dès lors pour conserver leur valeur diagnostique, occuper dans leurs formes les plus élevées le sommet du poumon, et puis

décroître successivement de haut en bas. S'ils se présentaient dans un ordre inverse, on devrait concevoir beaucoup de doute sur leur liaison avec une phthisie, analyser avec plus de soin encore qu'à l'ordinaire les différents éléments de la question, et ne se prononcer pour l'affirmative qu'après avoir trouvé la raison satisfaisante de cette infraction à la marche et à la distribution ordinaires de l'infiltration tuberculeuse. C'est ainsi que, dans certains cas de phthisie aiguë primitive irrégulière, on trouve, à l'autopsie, d'assez grosses masses de tubercules réunis en groupes vers les régions moyenne ou inférieure du poumon, tandis que les tubercules du sommet sont seulement disséminés. Le caractère aigu de la maladie pourrait seul, dans un pareil cas, autoriser le diagnostic d'une phthisie; ce caractère aigu serait facilement reconnu à l'ensemble des symptômes généraux que j'ai décrits précédemment.

Il existe, entre les signes locaux recueillis par l'auscultation et ceux que donnent les autres moyens d'investigation, cette différence, que les signes recueillis par l'auscultation peuvent exister seuls et conserver leur valeur diagnostique tout entière, tandis que, en général, les signes donnés par la percussion, la palpation et l'inspection n'ont de valeur, comme signes de première période de phthisie, qu'autant qu'ils se trouvent réunis à ceux de l'auscultation et sanctionnés par eux. Il est cependant un cas où ils pourraient conserver une valeur de probabilité, c'est celui où les signes donnés par l'auscultation seraient masqués par les râles sonores et sibilants d'une bronchite coexistante, ou par tout autre phénomène sonore capable de les obscurcir plus ou moins complétement; j'ai déjà dit que, dans les cas de ce genre, il était prudent d'attendre, pour établir son diagnostic, que la disparition des bruits accessoires à la phthisie permît à l'auscultation de recueillir avec netteté

les bruits morbides qui se produisent et qui peuvent appartenir à la phthisie.

Le plus ordinairement, on est appelé à faire l'examen de la poitrine d'un malade à une époque assez avancée de la première période de la phthisie pour que l'on trouve réunis à la fois, sur un même poumon, quelques-uns des signes recueillis par l'auscultation, la percussion et la palpation. Cela est surtout vrai pour les malades de nos hopitaux, qui ne se décident ordinairement à s'y faire admettre que lorsque déjà ils ont éprouvé depuis quelque temps les signes qui appartiennent au début de la phthisie (1), tels que sensations spéciales et morbides de la poitrine, premiers symptômes de fièvre hectique, rhumes répétés, etc. Il n'en est pas de même des malades de la ville, surtout de ceux qui appartiennent à une classe élevée : on les voit surveiller avec soin les premières atteintes de leur santé, apporter surtout une inquiète attention à l'analyse de leurs sensations morbides, et réclamer dès ces premiers moments, avec une sage prévoyance, les conseils et les soins de leur médecin. Aussi, importe-t-il beaucoup d'avoir fait soi-même une analyse sévère et détaillée de ces sensations et de leur valeur, et d'avoir acquis l'habitude de reconnaître et de juger les premières manifestations symptomatiques que j'ai dites appartenir au début de la phthisie pour ne pas rendre inutiles ces craintes salutaires des malades, et ne pas laisser accomplir dans une funeste inertie le seul temps d'une espérance légitime.

Signes généraux. Les signes généraux de la première période de la phthisie sont beaucoup plus indépendants entre eux que les autres signes fournis par l'état présent du ma-

(1) A moins que, dès le début de leur phthisie, ils ne soient amenés à l'hôpital par d'autres maladies. On reconnaît que ce fait n'est pas rare, quand on examine sous le point de vue de la phthisie pulmonaire la plupart des nouveaux malades qui sont admis dans les salles.

lade et les signes du passé. Tantôt, à un faible degré, on les voit coexister avec les signes locaux d'une époque avancée de la première période, tantôt, à un degré quelquefois très élevé, correspondre aux signes du début de la phthisie. Ils sont très propres à indiquer la nature de l'altération organique, et très peu à exprimer son degré. Toutefois, dans la marche régulière de la phthisie, soit aiguë, soit chronique, il existe un rapport en général assez exact entre le degré des phénomènes généraux et le degré de l'affection tuberculeuse; mais cette marche régulière est beaucoup moins fréquemment observée pour les phénomènes généraux que pour les phénomènes locaux.

Ces phénomènes généraux, de même que les signes locaux, augmentent de valeur diagnostique en raison directe de leur degré de constance et de développement. Cependant, même dès leurs premières manifestations, même dans leur marche un peu fugitive et irrégulière, ils peuvent encore être d'une grande valeur diagnostique, parce que précisément, vers le début de la phthisie, le propre de ces phénomènes est d'apparaître irrégulièrement et d'être peu saisissables dans leurs formes comme dans leur degré.

A propos des premières formes de ces phénomènes généraux, j'ai parlé de malaise général, de sentiment de faiblesse et de langueur dans tout le corps et d'un commencement de chaleur et de fièvre; or, ce dernier caractère, quand on peut le constater, doit mériter plus de confiance que les premiers, attendu qu'entouré des circonstances particulières qui lui sont propres à cette époque de la phthisie, il peut, beaucoup moins facilement que le simple état de malaise, de faiblesse et de langueur de tout le corps, être simulé par des affections étrangères à la phthisie. Le léger frisson qui précède la chaleur dans le véritable mouvement fébrile, me semble surtout ne devoir point être perdu de vue dans l'analyse des phénomènes généraux des

premières époques de la première période de la phthisie, parce que c'est un bon moyen de distinguer le véritable mouvement fébrile excité par une cause organique, de ces simples bouffées de chaleur, ou bien de ces états passagers de malaise général accompagnés de chaleur, que l'on observe quelquefois, surtout à certaines époques de l'année, chez des individus qui éloignent sous toute espèce de rapports le soupçon d'une phthisie. Ainsi, on devra être plus réservé sur l'interprétation des premiers phénomènes généraux dans le sens d'un mouvement fébrile, quand le sentiment de frisson sera douteux; et, au contraire, accorder plus de confiance à ces phénomènes, même à leur plus léger degré, quand ce sentiment de frisson sera distinctement accusé par les malades.

Parmi les phénomènes généraux, les caractères offerts par la peau aident beaucoup à juger de l'existence ou de la non-existence d'un mouvement fébrile. Elle offre quelque chose de sec, d'aride, et un sentiment de chaleur âcre quand il y a fièvre, et surtout fièvre se rattachant à une altération organique; rarement, au contraire, offre-t-elle ces caractères, quand le mouvement fébrile n'est que simulé par une cause passagère ou de peu d'importance.

Chez un grand nombre de phthisiques, même dès la première période, le pouls offre quelque chose de mou, qui lui donne un caractère différent de celui qu'il présente ordinairement chez les autres classes de malades. On comprend que ce caractère est peu important; mais il a toujours une certaine valeur confirmative.

Il y aurait de l'inconvénient à faire l'examen d'une personne que l'on soupçonne phthisique, dans les heures qui suivent immédiatement les repas. L'état d'excitation générale, le léger mouvement fébrile que présentent, pendant le temps de leurs digestions, beaucoup de personnes chez lesquelles tout éloigne la pensée d'une phthisie, pourraient

quelquefois simuler assez bien l'ensemble des phénomènes généraux qui appartiennent à cette période de l'affection tuberculeuse des poumons.

Le sentiment de malaise général, de langueur et d'inaptitude fonctionnelle du corps et de l'esprit, mais du corps surtout, le sentiment de faiblesse et d'accablement, surtout à certains moments de la journée, comme le soir vers les 6 ou 8 heures, ou bien vers les 11 heures ou midi, accompagnent toujours, dans la première période de la phthisie, les autres symptômes généraux quels qu'ils soient; tandis qu'eux-mêmes ils peuvent exister indépendamment de ces autres symptômes généraux. Les frissons, la chaleur et la sécheresse de la peau, pendant le mouvement fébrile, doivent être réunis pour avoir la valeur de symptômes généraux de phthisie; tandis que l'appétit, les sueurs, l'amaigrissement, peuvent exister ou ne pas exister, sans que les phénomènes précédents perdent leur valeur. Mais cette valeur augmente si la fièvre est accompagnée d'un peu de sueur, surtout la nuit, et s'il y a un peu d'amaigrissement et de perversion de l'appétit et des digestions. L'expression faciale du malade, telle que je l'ai dépeinte, quoique étant pour l'observateur accoutumé à la juger un bon caractère quand elle existe, ne peut point infirmer la pensée d'une phthisie quand elle n'existe pas. Il en est de même de la plupart des signes et des ordres de signes de la première période de la phthisie, leur absence est loin d'avoir une valeur négative aussi grande que la valeur affirmative de leur présence.

Rapprochement entre les signes locaux et les signes généraux, entre les signes du présent et les signes du passé.

Les signes généraux de la première période de la phthisie ont surtout l'avantage de faire reconnaître la nature tuberculeuse des altérations physiques du poumon dont les signes locaux ont constaté l'existence et le degré. En effet,

les signes locaux sont le résultat des modifications imprimées à certains phénomènes physiologiques par les changements physiques survenus dans les poumons; or, ces modifications, qui dépendent seulement du fait physique et non point de sa nature, doivent se trouver en rapport avec sa forme et son degré, et point avec sa nature spéciale. Les symptômes généraux, au contraire, qui sont une conséquence de la réaction qu'a provoquée l'altération organique, en vertu même de sa nature spéciale, beaucoup plus que par sa simple qualité de corps étranger, doivent dès lors se trouver beaucoup moins en rapport avec le volume de ce corps étranger, qu'avec le degré de développement de sa nature spéciale, de son caractère morbifique particulier. C'est pour cela que, dans la phthisie aiguë, par exemple, alors que la cachexie tuberculeuse est tellement prononcée et tellement puissante que les poumons sont en peu de temps criblés de matière tuberculeuse, les phénomènes généraux sont quelquefois très prononcés, même dès le début de l'affection, c'est-à-dire à une époque où, selon toutes les apparences, il n'y a encore que très peu ou peut-être pas du tout de tubercules dans les poumons.

La conséquence du principe que je viens d'exposer est que les symptômes généraux et les symptômes locaux de la première période de la phthisie ne sauraient être considérés isolément les uns des autres, sans diminuer beaucoup la valeur de chacun d'eux et la certitude du diagnostic qu'ils autorisent. Chacun d'eux a sa part au jugement que l'on porte, et le problème ne saurait être bien résolu, si l'on n'a fait intervenir, d'abord séparément, et puis comparativement l'un à l'autre, ces deux éléments principaux.

Il est des cas où l'un de ces deux ordres de signes est tellement prononcé, où les signes de cet ordre s'harmonisent si bien entre eux, qu'il devient possible de prononcer juste rien qu'avec le secours de l'un ou l'autre de ces deux élé-

ments, aidé des signes fournis par le passé; mais dans le plus grand nombre des cas, on s'exposerait à l'erreur, si, avec les seuls signes locaux, on prononçait que les changements physiques survenus dans les poumons et constatés par ces signes tiennent à une tuberculisation de ces organes; de même que si, sur la simple donnée de phénomènes généraux qui peuvent appartenir à toute autre altération organique, ou bien à une affection tuberculeuse non encore localisée dans les poumons, on prononçait qu'il y a phthisie pulmonaire, sans que les signes locaux eussent constaté l'existence des changements physiques qu'elle détermine par sa présence.

On a parlé de certaines formes de phthisies dans lesquelles il y a des signes locaux sans signes généraux ou des signes généraux sans signes locaux, et on a appliqué ces dires aux deuxième et troisième périodes, ou tout au plus à la fin de la première. Quant à l'absence des signes locaux, je crois que les cas de ce genre diminueront beaucoup et peut-être disparaîtront tout-à-fait devant le perfectionnement des méthodes d'investigation employées, et surtout devant une observation plus complète et plus attentive. Ces phénomènes pourront être masqués pendant un certain nombre de jours par certaines circonstances accidentelles; mais ces circonstances cessant, les signes de la phthisie reparaîtront. Ces signes pourront bien quelquefois être peu développés, fort obscurs même, à cause du siége central de l'altération, ou par le fait de certaines complications d'états morbides ; mais, dans tous les cas, il existera toujours quelque phénomène local anormal, et l'on n'observera pas, comme on l'a dit, une respiration naturelle, etc. Quant à l'absence des signes généraux, tandis qu'on observerait les signes locaux de tel ou tel degré de la phthisie, cela peut être dans certains moments ou à certaines époques de repos de la maladie; mais, pour n'être point observés dans le moment actuel, ces phé-

nomènes généraux n'en ont pas moins existé à d'autres époques ; car c'est toute la durée de la maladie que l'observateur doit avoir sous les yeux quand il fait l'analyse des symptômes, et non pas seulement l'état présent de son malade. Je ne crois pas qu'il existe dans la science une seule observation en état de prouver qu'une phthisie soit parvenue aux deuxième et troisième périodes de sa marche, sans avoir offert de symptômes généraux. C'est différent pour la première période : il est incontestable que, chez certains malades, on ne peut, ni par l'interrogation la plus circonstanciée, ni par l'examen le plus attentif, surprendre aucune trace sensible de phénomènes généraux, malgré l'existence d'une tuberculisation des poumons qu'indiquent actuellement les signes locaux, et sur laquelle d'ailleurs la marche consécutive de la maladie et la dégradation successive des signes locaux ne peut laisser aucun doute ; mais je n'ai rencontré ces faits-là qu'aux époques les plus rapprochées du début de la phthisie, et ils me paraissent devenir d'autant plus rares que j'interroge et que j'examine les malades avec plus de soin. Il est incontestable également que les premiers phénomènes généraux, ceux qui commencent la série que j'ai décrite précédemment, peuvent se montrer avant qu'on ait pu découvri aucun signe local sensible ; les sujets chez lesquels j'ai constaté ce fait ont plus tard développé sous nos yeux tous les degrés de la phthisie et tous les signes locaux de cette affection ; la plupart étaient des individus primitivement bien portants, bien constitués, nés de parents sains, et devenus phthisiques à la suite de conditions antihygiéniques long-temps prolongées ; au moment où l'on observait chez eux un certain nombre de signes généraux sans signes locaux appréciables, tout portait à penser que la maladie en était encore à la période de ce que j'ai nommé *son élément général* (cachexie tuberculeuse), et que son élément local, c'est-à-dire le dépôt de la matière tuber-

culeuse dans les poumons, n'était pas encore effectué; en effet, mes recherches me portent à croire que, lorsque déjà des tubercules ont été déposés dans ces organes, il faut qu'ils soient en bien petit nombre pour que les bruits respiratoires, convenablement analysés, ne présentent aucune altération. Je n'excepte de ce fait général que quelques rares exceptions. Je ne dis pas que toutes les fois que des tubercules, même en petit nombre, existeront dans les poumons, on pourra en établir le diagnostic positif; je dis seulement qu'ils provoqueront certaines altérations des bruits respiratoires, qui pourront aider le plus souvent à les faire découvrir, et au moins à les faire soupçonner. Ainsi, concluons que les cas dans lesquels on aura à prononcer son diagnostic sur les signes fournis par le passé, à l'aide seulement des phénomènes locaux, ou seulement des phénomènes généraux, sont fort rares; et que, dans la très grande généralité des cas, le diagnostic pourra être établi sur cette triple base. Il y a avantage, ainsi que je l'ai déjà dit ailleurs, à commencer son examen par les signes locaux, et à passer de là aux signes généraux et à ceux fournis par le passé du malade; toutefois, par des raisons que j'exposerai au commencement du chapitre XVII, il vaut mieux rechercher dès l'abord quelles sont les conditions d'hérédité du malade.

Il y a, en général, rapport direct entre le degré de dépérissement des malades, entre le degré de leur faiblesse et de leur amaigrissement, et l'intensité des phénomènes généraux, entre la rapidité des premiers et l'acuité des seconds; tandis que ce même rapport n'existe ordinairement pas avec les phénomènes locaux. C'est ainsi que des individus emportés en assez peu de temps par une fièvre hectique qui les a réduits à un haut degré de marasme, présentaient cependant, avant de mourir, des signes locaux beaucoup plus légers que d'autres malades qui étaient beaucoup moins amaigris, mais chez lesquels les symptômes généraux étaient

beaucoup moins intenses. C'est ainsi que nous avons vu, pendant une assez longue période de calme des phénomènes généraux, une vaste caverne se creuser dans le sommet des poumons, et le malade conserver assez bien son embonpoint et l'apparence extérieure d'une assez bonne santé. Ces malheureux, qui ne jugent de leur état que par les phénomènes généraux et le degré de leur dépérissement, étaient bien loin de soupçonner les ravages qu'avait fait en eux la maladie. Je n'ai observé la marche que je viens d'indiquer que dans des cas de phthisie chronique bien circonscrite dans le sommet des poumons. Ainsi, constatons comme règle générale, qu'il n'y a pas nécessairement rapport direct entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux; que les premiers représentent l'état de l'organe, et les seconds l'état de l'organisme tout entier. Les premiers sont un résultat tout mécanique d'une cause toute mécanique elle-même, ils ne relèvent que des lois de la physique; les seconds, d'un ordre bien plus élevé, expriment le travail fait par l'organisme à propos de la nature particulière de ce fait physique, et relèvent des lois organiques.

En résumé, les signes locaux démontrent qu'il y a dans le sommet du poumon une augmentation de densité de l'organe, ils précisent plus ou moins le degré, l'étendue, la forme de ces changements physiques; mais, à vrai dire, ils ne peuvent point par eux-mêmes et d'une manière directe prouver que ces corps étrangers sont des tubercules; c'est par la voie de l'analogie et de l'exclusion, c'est par le secours d'autres circonstances que l'on prononce ensuite que ce sont des tubercules; or, ces circonstances sont les signes fournis par le passé du malade, mais surtout les signes généraux (1). On voit par là qu'il ne s'agit point de prononcer sur la prééminence de l'une ou l'autre de ces trois classes

(1) On peut voir, dans l'observation suivante, une application du principe que je viens d'établir, et qui résulte du rapprochement que j'ai fait

de symptômes : il s'agit seulement d'en bien régler et la valeur et l'application ; c'est à cela surtout que tendent mes recherches. Ces trois ordres de symptômes se prêtent, dans

entre les signes locaux et les signes généraux de la première période de la phthisie.

Au commencement du mois de janvier 1838, M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, me pria d'examiner un de ses malades et de lui dire ce que je pensais de l'état de sa poitrine. Ce malade avait une carie des os du carpe de la main droite, et M. Velpeau ne voulait lui faire l'amputation de l'avant-bras que dans le cas où l'état de la poitrine aurait été satisfaisant.

C'était un homme de 53 ans, nommé Didier, d'un tempérament sanguin, mais d'une constitution qui jamais n'avait été bien forte. Depuis le 21 décembre 1837, il était au nº 6 de la salle Ste-Vierge. Les signes locaux étaient les suivants :

En avant, *à droite*, sous la clavicule : *bruit inspiratoire* rude, dur, sec, comme difficile ; intensité 10, durée 6 à 7 ; accompagné, dans certains points surtout, d'un timbre clair bien manifeste, prélude du caractère bronchique. *Bruit expiratoire*, durée et intensité 15 à 18 : occupé par du caractère bronchique au premier degré et quelquefois au deuxième degré. Ces caractères morbides diminuaient graduellement à mesure qu'on s'éloignait de la clavicule, mais se prolongeaient dans une assez grande étendue de ce côté de la poitrine. *A gauche*, mêmes caractères morbides qu'à droite, mais à un degré beaucoup moins prononcé, surtout pour les altérations de timbre, et bornés à une moindre étendue de la hauteur de la poitrine. En arrière, diminutif des symptômes observés en avant.

Un peu de râle de craquement sec et de froissement pulmonaire dans le sommet droit de la poitrine. Râle muqueux à grosses bulles, mais sans timbre caverneux ou cavernuleux, dans la plus grande partie de la région antérieure du thorax.

Bronchophonie à un haut degré dans les deux sommets de la poitrine, mais plus forte et se faisant entendre dans une plus grande étendue à droite qu'à gauche.

Son très obscur dans les deux sommets de la cavité thoracique en avant, mais plus obscur encore dans le sommet droit.

Vibration vocale beaucoup diminuée dans les deux régions antérieures et supérieures, mais plus diminuée à droite qu'à gauche.

Aplatissement des deux régions antérieures et supérieures du thorax. Affaissement plus prononcé sous la clavicule droite que sous la gauche.

Le malade disait lui-même éprouver plus de gêne à respirer du côté droit que du côté gauche de la poitrine.

leur réunion, dans leur analyse simultanée, un secours mutuel qui augmente beaucoup leur valeur. Hors le cas où il s'agit de décider s'il y a ou s'il n'y a pas prédisposition à la

Les bruits du cœur étaient entendus au moins tout aussi bien sous la clavicule droite que sous la gauche.

Tels étaient les signes locaux. Ils ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une induration considérable du sommet des poumons, induration plus considérable à droite qu'à gauche; aussi établis-je, comme une chose incontestable, ce premier point du diagnostic. Il restait à savoir de quelle nature était cette induration du sommet des poumons : je cherchai à établir ce second point sur l'histoire des antécédents du malade, sur les phénomènes généraux qu'il avait éprouvés et qu'on observait actuellement, et sur la marche de la maladie. Voilà d'abord ce que m'apprirent l'interrogatoire et l'examen du malade :

Il était né de parents qui, par leur constitution et par leur santé habituelle, éloignaient complétement la pensée d'une prédisposition héréditaire à la phthisie. Jamais de sa vie Didier n'avait été sujet à tousser et à s'enrhumer. Sa santé avait toujours été bonne, à son dire, jusqu'à l'époque où avait commencé la maladie qu'il portait au carpe de la main droite. Sa voix n'avait jamais été sensiblement altérée. Les rhumes fort rares qu'il avait éprouvés, à propos de quelques imprudences de refroidissement, avaient toujours disparu facilement et en peu de temps. Jamais il n'avait eu d'hémoptysies. En un mot, la seule circonstance qui autorisât l'opinion d'une phthisie, était que, depuis quelques années, le malade avait été exposé à faire beaucoup d'excès de travail et à éprouver beaucoup de privations.

Du reste, ses réponses sur l'origine et la marche de sa maladie autorisaient à établir un rapport assez exact entre l'époque à laquelle s'étaient montrés les phénomènes de fièvre hectique qu'il éprouvait depuis quelque temps et l'époque où s'était développée la maladie des os du carpe qui l'avait amené à l'hôpital. Ces symptômes de fièvre hectique étaient: un affaiblissement considérable des forces, de l'amaigrissement, et un état fébrile caractérisé par de la chaleur générale, de la sécheresse à la peau, un état de malaise et d'accablement très prononcé, accompagné de sueur la nuit. Cet état fébrile était plus prononcé chaque soir. Une suppuration assez abondante et de mauvaise nature était fournie par la carie des os du carpe.

Ce travail de carie, la suppuration abondante et de mauvaise nature qui en était le résultat, suffisaient parfaitement à expliquer les phénomènes généraux qui étaient observés. On avait d'autant plus de raison de considérer cet ordre de phénomènes comme pouvant dépendre de la carie des os du carpe, que, d'après les réponses du malade, un rapport à peu près

phthisie, les signes du passé n'ont de valeur que celle qu'ils empruntent de l'existence des signes locaux. Les signes locaux reçoivent leur sanction des signes du passé et des

constant avait existé entre ces phénomènes et la maladie de la main. Dès lors, on n'était plus en droit de rattacher, d'une manière certaine, à l'existence d'une phthisie pulmonaire, ces phénomènes généraux, qui pouvaient tout aussi bien se rapporter à la carie du carpe, et qui paraissaient en effet avoir des rapports d'origine et de développement avec cette affection. Ainsi, d'après l'interprétation rigoureuse des faits, le diagnostic de la phthisie, si toutefois il devait être porté, devait, pour ne laisser aucune incertitude dans l'esprit, pouvoir se passer de l'appui des phénomènes généraux. Le malade avait 53 ans. Jusqu'à l'époque où était née sa maladie du carpe, il s'était bien porté; rien n'autorisait chez lui la pensée d'une phthisie héréditaire; il fallait donc, si on admettait une phthisie, reconnaître que cette phthisie était *acquise*. Or, on pouvait *l'admettre*, car, depuis quelques années, le malade avait éprouvé beaucoup de privations et fait beaucoup d'excès de travail, mais on ne pouvait en avoir la certitude. D'autre part, les signes locaux ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une induration du sommet des poumons, induration plus considérable à droite qu'à gauche. Si les phénomènes généraux observés n'eussent pu être expliqués par aucune autre cause matérielle évidente, que par cette induration, s'il n'eût pas existé de carie du carpe, je n'aurais pas hésité un seul instant à les rapporter à l'altération du poumon, et j'aurais pu dire avec assurance que cette altération était de nature tuberculeuse; mais, voulant ne rien confier au hasard, dans un diagnostic qui pouvait avoir des conséquences graves pour le malade, voulant me renfermer, pour l'interprétation des faits, dans la limite exacte de la probabilité qu'autorisaient les uns, de la certitude que donnaient les autres, j'exprimai mon diagnostic à M. Velpeau dans les termes suivants : 1° Il existe *certainement* une induration chronique des sommets des poumons, induration plus considérable et plus étendue à droite qu'à gauche, induration qui, au-delà des sommets des poumons, est disséminée sous forme de noyaux épars et irréguliers. 2° Il est *très probable* que cette induration est de nature tuberculeuse; mais on ne peut l'affirmer d'une manière absolue. 3° Si, ainsi qu'on le tient pour *très probable*, cette induration est de nature tuberculeuse, les signes locaux, la marche et le mode de développement de cette phthisie, permettent d'assurer que la tuberculisation est exclusivement de forme *miliaire* et à l'état cru. 4° La conséquence me paraît être de rejeter l'opération, comme réunissant trop de chances contre elle.

Quelques jours après, M. Andral, consulté par M. Velpeau sur le même

signes généraux. Le diagnostic de la première période n'est plus douteux, quand ces trois ordres de signes sont réunis et que tous tendent évidemment au même but. Ce cas est heureusement le plus fréquent. Le diagnostic devient d'autant moins certain que l'on s'éloigne davantage de cette condition type. Le diagnostic peut encore être très sûr, dans le cas où les signes locaux ne reçoivent leur sanction que de l'un ou l'autre des deux autres ordres de signes. Si ce

malade, constata avec moi les différents éléments de diagnostic que je viens d'exposer, et conclut comme moi que la phthisie était *très probable*, et que, si elle existait, elle en était encore à la *première période*.

Néanmoins, M. Velpeau, considérant que notre diagnostic de la phthisie pulmonaire n'était pas *absolu*, et entrevoyant une bonne chance pour le malade dans le point de doute que nous avions laissé, fit l'amputation de l'avant-bras le 26 janvier.

Le malade succomba le 9 février aux suites d'une trop abondante suppuration. On en fit l'autopsie le 10.

La dissection des os du carpe et du métacarpe fit découvrir de la matière tuberculeuse à leur intérieur. Ils étaient fongueux et ramollis.

Le sommet de chaque poumon était adhérent au sommet de la poitrine par un tissu cellulaire ligamenteux. Une induration considérable, à la fois tuberculeuse et mécanique, occupait toute l'épaisseur du sommet de chaque poumon. Les tubercules étaient *exclusivement sous forme de granulations miliaires*. Ces granulations étaient réunies en groupes irréguliers, autour desquels existait de la matière mélanique. Des lames assez épaisses de tissu pulmonaire sain se remarquaient çà et là. La matière mélanique n'existait qu'autour des groupes les plus nombreux et les plus volumineux de granulations tuberculeuses; ces groupes devenaient de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloignait du sommet des poumons; ils étaient dispersés çà et là irrégulièrement dans leur tissu. Les granulations miliaires et les groupes de granulations étaient partout à l'état de crudité. L'induration mélanique et tuberculeuse du sommet du poumon droit avait lieu dans une plus grande étendue et était plus considérable que celle du poumon gauche.

Aucune trace de tubercules n'existait dans aucun autre organe de l'économie, pas même dans le canal intestinal.

J'ai insisté à dessein sur tout ce qui se rapporte au diagnostic que M. Andral et moi avions porté sur ce malade, parce que, dans une de ses leçons de clinique, M. Velpeau, ne se rappelant qu'incomplètement, à ce qu'il paraît, les termes et les limites de notre diagnostic, a involontairement laissé supposer à son auditoire qu'il avait pu y avoir de notre part erreur de diagnostic

sont les signes généraux qui sont écartés, ce qui est assez rare, ainsi que nous l'avons vu, le diagnostic en souffre davantage que si ce sont les signes du passé. Quant aux signes locaux, ils dominent les autres, et le diagnostic ne saurait avoir lieu d'une manière positive s'ils n'existent point; mais nous avons vu que ce cas était extrêmement rare, et ne se présentait d'une manière régulière que tout-à-fait au premier début de l'affection. Si le cas, plus rare encore, se présente, où le jugement doive être porté d'après une seule classe de symptômes, le diagnostic ne saurait point atteindre à la certitude : si les signes du passé, ou les signes généraux existent seuls, ils peuvent faire reconnaître une prédisposition à la phthisie pulmonaire, mais ils ne sauraient dire si celle-ci est effectuée; si les signes locaux seuls sont observés, ils établissent un soupçon d'actualité et pas autre chose.

Les trois ordres de symptômes de la première période de la phthisie, ou deux seulement, pourront se trouver réunis chez le même malade, mais chacun sous une forme et à un degré tels, qu'au lieu d'une certitude, ils n'établissent qu'une probabilité, qu'un doute ou un soupçon. C'est surtout dans ces cas qu'il importe de tenir compte de tout ce qui peut prouver dans un sens ou dans l'autre; car plusieurs probabilités réunies peuvent valoir une certitude, et plusieurs soupçons peuvent faire naître un doute ou une probabilité. Chacun des signes qui composent les trois ordres de symptômes de la première période de la phthisie, ont d'autant plus de valeur que pendant le laps de temps consacré à leur observation, ou bien dans un passé nettement décrit par le malade, ils suivent plus exactement la loi naturelle de leur développement et de leur rapport avec les signes du même ordre ou des autres ordres. Ils méritent d'autant moins de confiance qu'ils s'écartent davantage de cette double loi.

Dans les chapitres suivants, nous allons examiner la part que peut avoir au diagnostic que nous recherchons la considération de la marche de la première période de la phthisie pulmonaire.

CHAPITRE XI.

MARCHE DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Je passerai en revue, dans ce chapitre, la marche générale de la première période de la phthisie, l'ordre d'apparition de ses symptômes, et sa division en trois phases ou trois époques.

ARTICLE PREMIER.

MARCHE GÉNÉRALE DE LA PREMIÈRE PÉRIODE.

La marche générale de la première période de la phthisie présente deux types particuliers, suivant qu'elle est *aiguë* ou *chronique*. La *phthisie chronique primitive* dépose lentement dans le sommet des poumons quelques noyaux tuberculeux, qui parcourent avec lenteur et avec plus ou moins de régularité toutes les périodes propres à ce produit morbide; ils se développent, se multiplient, se ramollissent, et se creusent en cavernes; enfin, ils représentent par eux-mêmes une existence, une maladie à part et toujours longue. La *phthisie aiguë primitive* accumule tout-à-coup, en très peu de temps, une grande quantité de granulations tuberculeuses dans le tissu pulmonaire. Celui-ci, envahi dans toute son étendue, devient en peu de jours tout-à-fait insuffisant à la respiration. Aussi, le malade, en proie, d'une part, à la fièvre extrêmement intense qui précède et accompagne cette infiltration tuberculeuse, placé, de l'autre, dans des conditions toujours croissantes d'asphyxie, succombe-t-il avant que les corps étrangers déposés dans les

poumons aient pu y manifester une existence propre et parcourir leurs périodes ordinaires. La différence de durée entre ces deux types ne vient pas de ce que la maladie parcourt toutes ses périodes dans le premier cas et n'en parcourt qu'une seule dans le second ; car il est des cas de phthisie aiguë, dans lesquels le dépôt tuberculeux de forme miliaire subit en très peu de temps toutes ses périodes ordinaires : elle vient de l'extrême rapidité imprimée aux mouvements morbides par le cachet spécial de cette forme de la maladie, ainsi que par les circonstances dans lesquelles se trouve placé le malade.

La marche aiguë est caractérisée par la prédominance des phénomènes généraux sur les phénomènes locaux, même à la première période de la phthisie; c'est dans les cas de marche aiguë que les phénomènes généraux se laissent le moins devancer par certains autres symptômes, tels que les rhumes, la toux, les altérations de la voix ; c'est dans les cas de ce genre que l'on voit le plus manifestement les premiers symptômes généraux précéder les premiers symptômes locaux, ou au moins marcher de pair avec eux. Au contraire, dans la marche ou forme chronique de la phthisie, les phénomènes locaux et les phénomènes de rhumes, etc. qui leur préexistent, sont quelquefois déjà fort sensibles à une époque où les phénomènes généraux n'ont pas encore paru ; et presque toujours, dans la première période de la maladie, on voit les premiers être proportionnellement plus développés que les seconds.

Entre les deux extrêmes représentés par ces deux types, se trouvent une foule d'intermédiaires, qui font que, en dehors des deux types primitifs que je viens d'exposer, la marche générale de la première période, de même que de la maladie dans son entier, est extrêmement variable. Au lieu de passer en revue les variétés très nombreuses de cette marche, il est plus utile d'indiquer les circonstances à l'in-

fluence desquelles sont dues ces variétés. Nous trouvons, en première ligne, le degré de la prédisposition tuberculeuse innée ou acquise : plus cette prédisposition paraît être prononcée, et plus la marche de la phthisie (à sa première période surtout) paraît être franche et rapide ; plus la prédisposition est obscure ou douteuse, et plus, tout étant égal d'ailleurs, la marche de la maladie paraît être occulte, lente et capricieuse. Nous trouvons, en seconde ligne, les conditions hygiéniques ou antihygiéniques dans lesquelles vit actuellement le malade : si ces conditions sont celles que consacre l'hygiène, le début de la maladie est plus obscur et sa marche plus lente ; cette marche est d'autant plus uniforme que le malade se conserve d'une manière plus continue dans ces bonnes conditions ; elle est mêlée d'irrégularités et de recrudescences, s'il s'expose, pendant certaines époques, à l'influence plus ou moins prolongée de circonstances antihygiéniques ; s'il continue de vivre dans ces circonstances après qu'elles ont développé en lui la prédisposition tuberculeuse, ou s'il s'y expose d'une manière permanente, déjà prédisposé qu'il est par ses conditions de constitution et d'hérédité, le début de la maladie est en général plus marqué, sa marche plus rapide, et ses phénomènes généraux plus prononcés. Tout ce qui exerce une action directe d'excitation sur les organes thoraciques paraît accélérer beaucoup la marche d'une phthisie déjà commencée, ou bien rendre son début plus brusque et plus ouvert, chez les malades qui n'y sont encore que prédisposés. Tout étant égal d'ailleurs, la marche de la maladie est plus lente et plus obscure chez les personnes à peau pâle, à chairs molles et volumineuses, à mouvements lents, à caractère mou et indécis, à facultés intellectuelles bornées, à sensibilité un peu obtuse ; elle est au contraire plus franche et plus rapide, chez les personnes grêles, à peau ferme et élastique, à embonpoint très médiocre, à mouve-

ments prompts, à caractère vif et décidé, à sensibilité délicate; à système nerveux très impressionable, à facultés intellectuelles développées. De même, la phthisie est plus aiguë chez les individus bien musclés, robustes, à formes masculines bien prononcées, à peau brune, à système pileux noir, à tempérament sanguin, quand ils viennent à en être atteints. L'influence des variations de température sur la marche de la phthisie paraît surtout être très marquée; aussi, le début de cette affection, ses recrudescences et la mortalité s'observent particulièrement dans les saisons où se montrent ordinairement les variations brusques de température (1); et l'on a remarqué que les climats dans lesquels règnent ces variations sont particulièrement funestes aux phthisiques (2). Les extrêmes de température, quoiqu'ayant une influence moindre, sont à peu près dans le même cas (3). Il paraît bien constaté aujourd'hui que la grossesse exerce sur la marche de la phthisie une influence sédative; mais, qu'après chaque accouchement, cette marche semble s'accélérer en raison directe du temps pendant lequel elle est restée presque stationnaire. Je rappelle toutes ces influences, aujourd'hui assez bien connues, pour faire sentir la liaison immédiate qu'elles ont avec le traitement et les principes qui le dirigent. Mes recherches particulières portent surtout sur l'influence que peuvent exercer les diverses circonstances antihygiéniques que j'ai exposées dans une autre partie de l'ouvrage, et je ne saurais trop dire combien ces influences sont puissantes sur le développement, et surtout sur la marche de la maladie, combien elles fournissent d'indications précieuses à la thérapeutique. C'est là surtout qu'est la clef du traitement rationnel de la première période de la phthisie. Ce sont surtout ces influences antihygiéni-

(1) Clarck, Traité de la consomption, p. 166.
(2) Auscultation médiate, édit. de 1837, t. 2, p 162 à 164.
(3) Auscult. médiate, édit. de 1837, t. 2, p. 162 et 163.

ques qui, en imprimant de loin en loin ou d'une manière continue une nouvelle activité au travail de tuberculisation, accélèrent le développement et la fonte des tubercules déjà existants, en même temps qu'elles provoquent de nouvelles éruptions de matière tuberculeuse. C'est ainsi que le malade s'éloigne de plus en plus des conditions et de l'époque où l'on pouvait encore espérer que les premiers tubercules infiltrés dans les poumons resteraient stationnaires, ou peut-être seraient résorbés.

ARTICLE II.

ORDRE D'APPARITION DES SYMPTÔMES.

Sous ce titre, et sans avoir égard à la classe à laquelle ils appartiennent, je vais exposer, dans l'ordre naturel et successif de leur développement, les symptômes de la première période de la phthisie, que nous avons étudiés isolément dans d'autres parties de cet ouvrage : il est important, avons-nous déjà dit, que l'observateur, après avoir analysé chaque symptôme en particulier, envisage sous le point de vue de son ensemble et de sa composition générale le tableau symptomatique tout entier de son malade. Mais, auparavant, je vais examiner la question de savoir lesquels des symptômes locaux ou des symptômes généraux apparaissent les premiers, dans la marche naturelle de la phthisie.

§ I. Je me suis beaucoup attaché, dans mes recherches sur la première période de la phthisie, à recueillir les éléments capables de faire résoudre cette question ; mais la difficulté de trouver dans les hôpitaux des malades assez intelligents pour bien comprendre ce qu'on leur demande et pour y répondre d'une manière précise, assez sensibles aux premières impressions morbides qu'ils ressentent et assez observateurs pour les analyser, pourvus d'ailleurs d'assez

de mémoire pour qu'on ait confiance dans les rapprochements de dates et de phénomènes qu'on les prie de faire, rendra toujours assez difficile la solution complète de cette question; et la rareté des circonstances dans lesquelles il est donné à l'observateur de voir se développer complètement sous ses yeux, *ab ovo*, la première période de la phthisie, et d'observer lui-même l'ordre d'apparition des symptômes, doit encore augmenter la difficulté qu'on aura toujours à résoudre cette question. Je vais exposer les résultats que j'ai obtenus, sans prétendre qu'ils suffisent pour l'entière solution du problème, sans prétendre qu'on doive rejeter entièrement les résultats plus ou moins différents obtenus par d'autres observateurs. Bien souvent, des résultats exacts de part et d'autre, en apparence incompatibles, puisent tous deux leurs différences dans la variabilité même du fait qu'ils représentent.

Deux causes d'erreur ont pu faire exagérer les doctrines contraires de la préexistence des symptômes locaux aux symptômes généraux, et des symptômes généraux aux symptômes locaux : ces causes d'erreur tiennent à la connaissance jusque là fort imparfaite des signes locaux des premières époques de la phthisie, et à l'interrogation, en général fort incomplète, que l'on fait subir aux malades sur les symptômes qu'ils ont pu éprouver vers le début de leur affection, ou quelque temps avant l'époque supposée de ce début. D'une part, ne remontant point assez haut dans la première période de la phthisie au moyen des signes locaux, ou bien appelé trop tard auprès du malade, on juge le passé par le présent, et on conclut que les symptômes généraux existent toujours dès le début de leur affection, parce qu'on prend pour le début ce qui est déjà une époque assez avancée. D'autre part, n'admettant comme phénomènes généraux que les symptômes de cette classe les plus prononcés, et laissant passer inaperçus un certain nombre d'autres

phénomènes qui, pour être moins marqués, n'en sont pas moins réels, et qui appartiennent aux premières atteintes ressenties par l'organisme; ou bien, appelé près du malade pendant une période de calme et de rémission des phénomènes généraux, et oubliant de consulter le passé, on en conclut que les phénomènes généraux ne commencent à se montrer qu'à une époque à laquelle depuis déjà assez longtemps existent les phénomènes locaux.

C'est en cherchant à éviter tout à la fois ces deux causes d'erreur, que j'ai obtenu les résultats suivants :

1° Ordinairement, dans la phthisie essentiellement chronique, à l'époque où la tuberculisation commence à se révéler à l'observateur par des signes sensibles, les symptômes locaux sont appréciables avant que le malade, qui consulte pour toute autre chose, ait ressenti aucun symptôme général appréciable, ou bien avant que le médecin ait pu en observer aucun qu'il puisse noter sans crainte d'erreur. Il est vrai que les symptômes généraux, à cette époque de la maladie, sont de telle nature, qu'ils ne peuvent guère être appréciés par l'observateur que par l'intermédiaire du malade, et qu'à ce degré ils peuvent n'être point sentis assez distinctement par les malades pour qu'ils l'expriment nettement. Quoi qu'il en soit, constatons que chez plusieurs individus qui offraient tout l'ensemble des signes de la prédisposition tuberculeuse, et qui plus tard sont devenus phthisiques, il n'existait point de phénomènes fébriles sensibles à l'observateur, et qu'il n'avait encore existé aucun symptôme général appréciable aux malades, à une époque où les phénomènes locaux faisaient supposer l'existence de tubercules dans les sommets des poumons.

2° Il est des malades, atteints également de phthisie chronique, qui, au premier examen qu'on leur a fait subir vers le commencement de leur affection, ont présenté assez distinctement les premiers phénomènes qui ouvrent la marche

des symptômes généraux, et même un commencement d'état fébrile, tandis qu'il n'existait encore aucun signe local qui pût égaler dans la pensée les phénomènes généraux observés; dans ce cas, la tuberculisation du poumon était-elle déjà commencée, mais à un degré trop faible pour que les bruits respiratoires pussent en être altérés de quelque manière? cela est très possible; ou bien l'infiltration tuberculeuse n'était-elle point encore effectuée, et les phénomènes généraux observés étaient-ils seulement l'expression des mouvements morbides suscités par la prédisposition tuberculeuse générale, par l'imminence du travail de tuberculisation? cela est possible encore; et je n'ai aucun moyen de décider ces deux questions par le oui ou par le nom.

3° Dans la phthisie aiguë primitive, les phénomènes généraux paraissent toujours débuter au moins en même temps que les phénomènes locaux, et, assez souvent, les précéder d'un temps plus ou moins long. Il peut bien se faire, dans ce cas comme dans le précédent, que chez quelques malades la tuberculisation se soit déjà opérée, alors que les signes généraux existent et que les signes locaux sont absents; mais tout porte à croire, au moins chez un certain nombre de malades, que les phénomènes généraux dont nous parlons préexistent à l'infiltration tuberculeuse pulmonaire, et sont l'expression des mouvements morbides excités dans l'organisme par la cachexie tuberculeuse.

4° Enfin, chez d'autres malades, il semble que les symptômes locaux et généraux ont débuté en même temps; non pas qu'on ait assisté à leur apparition simultanée, mais parce que les rapprochements qu'on a faits entre les réponses des malades et ce que l'on observe actuellement, ont paru conduire à cette conclusion. Quand je dis que ces deux ordres de symptômes paraissent avoir débuté en même temps, je veux dire à peu près en même temps; car il est impossible

de préciser absolument le moment d'apparition de chacun.

Quelque incomplètes que soient encore ces données, elles nous suffisent pour établir un principe important : c'est que les phénomènes généraux de la première période de la phthisie ne peuvent pas être considérés comme étant seulement un effet de la réaction que les tubercules pulmonaires provoquent autour d'eux réaction qui, ensuite, peut s'étendre à tout l'organisme ; c'est que, dans un assez grand nombre de cas, ils paraissent être l'effet direct de la cachexie tuberculeuse, et sont alors, selon toute apparence, le mode de manifestation du travail de formation des tubercules, et par conséquent indépendants de la présence de ces derniers.

Cette conséquence est appuyée par ce fait : que cette manifestation symptomatique offre son maximum d'intensité dans la phthisie aiguë, c'est-à-dire là même où sa cause première, le travail de tuberculisation, offre son maximum d'activité.

Une autre conséquence de ces résultats est que les phénomènes généraux, convenablement analysés dans leurs formes les plus légères, dans celles qu'ils revêtent dès leur début, peuvent : 1° dans le cas d'absence des signes locaux, concourir avec les signes du passé à nous faire reconnaître l'imminence d'un travail de tuberculisation ; 2° dans le cas d'existence des signes locaux, concourir avec eux à faire reconnaître une tuberculisation commençante ; 3° et que, dans presque tous les cas où le médecin est appelé à se prononcer, ils peuvent concourir fort utilement au diagnostic de la première période de la phthisie, attendu que, les malades n'étant avertis de l'existence de leur mal que par les symptômes généraux, cet ordre de phénomènes est presque toujours réuni aux symptômes locaux quand on est appelé auprès d'eux.

Enfin, un autre principe résulte du fait que j'exprimais

un peu plus haut, ainsi que de plusieurs autres résultats de recherches que j'ai exposés ailleurs : sinon toujours, du moins dans la grande généralité des cas, le travail de tuberculisation est préparé par une certaine prédisposition générale que l'on a nommée cachexie tuberculeuse, laquelle peut être innée ou acquise; quelquefois sourd, quelquefois manifeste, tantôt ce travail de tuberculisation, s'effectue sans s'accompagner de phénomènes généraux sensibles, tantôt il se traduit à l'extérieur par des phénomènes de ce genre plus ou moins marqués (1).

(1) Les deux doctrines opposées, celle de la préexistence des signes locaux et celle de la préexistence des signes généraux, ont toutes deux invoqué le secours de l'analogie: l'une a dit que les tubercules cérébraux pouvaient exister depuis fort long-temps sans provoquer aucun symptôme général appréciable « que les cancers, même les plus délétères de leur nature, arrivent souvent (dans le poumon) à un volume considérable, et déterminent la mort par suffocation avant d'avoir produit une altération notable dans la nutrition et les autres fonctions de l'économie » (Auscult. méd., édit. de 1837, t. 2, p. 7). — L'autre a dit de son côté : « Dans combien de cas de maladies chroniques ne voit-on pas les symptômes généraux se montrer comme leur prélude, en quelque sorte, et bien avant qu'on puisse arriver par les signes locaux, encore obscurs et mal dessinés, à la détermination précise de leur siége » (Auscult. méd., édit. de 1837, note du t. 2, p. 12). Le rapprochement que je viens de faire prouve combien l'analogie peut être trompeuse; on peut dire d'elle qu'elle est une sorte d'arsenal ouvert à tous les partis, et qui leur fournit à tous des armes pour se combattre. Il est assez rare que la vérité habite cet arsenal.

Les auteurs, par exemple Laënnec (Auscult. méd., édit. de 1837, p. 7 et suiv.), qui veulent que, dans la généralité des cas, les phénomènes généraux de la phthisie ne surviennent qu'à la période de ramollissement des tubercules, paraissent bien évidemment avoir confondu deux ordres différents de symptômes généraux : les uns, dont le moment d'apparition est variable, mais dont l'existence paraît constante, qu'ils semblent avoir méconnu, et qui tiennent aux mouvements morbides excités dans tout l'organisme par le fait de la prédisposition ou cachexie tuberculeuse, apparaissent avant la période de ramollissement des tubercules; les autres, qui, en effet, prennent naissance au moment où s'opère ce ramollissement, et qui, en se mêlant aux précé-

§ II. Il m'est impossible de faire entrer dans le tableau général des symptômes de la première période de la phthisie, autre chose que le mode le plus ordinaire de la succession de ces phénomènes. Le tableau que je tracerai ne sera pas d'accord en tous points avec ceux tracés par les auteurs; mais ces différences, que je n'ignore pas, sont légitimées par mes observations, et sont expliquées par ce que j'ai dit dans plusieurs parties de cet ouvrage.

1° Une toux sèche, à laquelle le malade fait à peine attention, existe depuis quelque temps; cette toux a succédé à des rhumes fréquents, faciles à se développer, lents à disparaître; elle a suivi leur marche, et a fini, comme eux, par s'établir d'une manière presque permanente. Elle avait d'abord eu lieu seulement ou presque seulement le matin, puis elle se fait sentir aussi dans la journée. L'expectoration qui l'accompagne est seulement salivaire. La voix du malade est un peu altérée, un peu plus faible, moins claire et plus grave qu'à l'ordinaire. Des sensations vagues d'abord, plus précises ensuite, d'oppression, de gêne à respirer, d'un peu d'étouffement, quelquefois de picotements et d'élancements, sont accusées par le malade, quelquefois spontanément, ou bien seulement quand on l'interroge à ce sujet. L'auscultation fait constater un peu de diminution de durée du bruit inspiratoire, mais surtout un peu d'augmentation de durée et d'intensité du bruit expiratoire; ces deux bruits ont quelque chose de sec et de dur; quelquefois la résonnance vocale est un peu plus prononcée d'un côté que de l'autre; ces signes n'existent que dans les régions sous-claviculaires

dents, produisent cette aggravation des phénomènes qui se remarque à cette époque, sont le résultat du travail d'élimination qui, au bout d'un certain temps, se manifeste autour des tubercules infiltrés dans les poumons. C'est à partir de cette époque que la marche de la maladie devient plus rapide, que les phénomènes généraux sont plus prononcés; que l'amaigrissement se montre surtout, parce que deux causes se sont réunies pour produire ces effets.

et sont plus prononcés à droite qu'à gauche, ou *vice versâ*, ou quelquefois ils n'existent que d'un côté seulement. La percussion, la palpation, l'inspection, ne fournissent rien d'anormal. Quelquefois le malade a eu une hémoptysie, ou bien il en éprouve une à cette époque. Ordinairement il se plaint déjà, quand on l'interroge avec soin sur ce sujet, d'un sentiment de faiblesse générale, de vague malaise et de mauvaise disposition de tout le corps. Il se sent moins d'activité et de vigueur pour vaquer à ses occupations ordinaires. Rarement observe-t-on déjà un léger commencement de mouvement fébrile distinct.

2° Puis, la toux se produit dans une plus grande étendue de la journée, elle devient plus fréquente et plus fatigante; les caractères anormaux de la voix deviennent plus distinctement morbides; les sensations de la poitrine sont plus constantes et se prononcent davantage; elles occupent plus spécialement l'un des côtés du thorax; le malade en est fatigué et s'en plaint spontanément; assez souvent, entre autres sensations morbides, il accuse une douleur vague, ayant, dit-il, son siége entre les deux épaules; l'un des côtés de la poitrine devient plus distinctement le siége *d'un quelque chose* qu'il sent très bien ne pas être naturel. En même temps il a senti sa respiration devenir plus gênée que de coutume. Son état de vague inquiétude, de malaise de tout le corps, s'est transformé en un état fébrile irrégulier d'abord, et qui ensuite a pris un caractère de plus en plus marqué de continuité; c'est une chaleur habituelle à la peau, qui alterne avec une disposition particulière au frisson, quelquefois avec un peu de sueur qui, de même que la chaleur et le frisson, tend à s'établir de plus en plus, à se régulariser dans ses apparitions et à se renouveler le soir, à l'entrée de la nuit, sous forme de recrudescence fébrile. Un sentiment d'accablement, d'inaptitude particulière aux travaux physiques et intellectuels, une disposition spéciale à

se fatiguer au moindre exercice un peu plus actif qu'à l'ordinaire, complètent la série des phénomènes généraux de cette époque. Quelques légers troubles de digestion, au milieu desquels l'appétit reste assez souvent le même et quelquefois augmente sensiblement, quelques alternatives de selles régulières et de constipation, viennent dans quelques cas se joindre aux symptômes précédents. Condamné au repos par l'état de faiblesse et d'incapacité dans lequel il se sent tomber, le malade s'inquiète et réfléchit sur son état; il cherche d'abord à se persuader que ce qu'il éprouve n'est que l'effet d'une cause passagère; mais, comme son état de malaise continue et que la cause qu'il accusait lui échappe, son inquiétude se renouvelle et augmente, il s'occupe sans cesse de ce qu'il éprouve et reste dans un état de continuelle agitation morale. Sa face, qui reflète cet état particulier de l'âme, devient pâle, d'une teinte jaunâtre, terreuse, ou quelquefois un peu suiffeuse; cette pâleur est persistante chez les bruns; elle est ordinairement relevée par un peu de rougeur morbide des pommettes chez les blonds; les traits commencent à s'affaisser et le regard à devenir languissant. En même temps que sont survenus ces changements dans l'ensemble du malade, et quelquefois avant qu'ils ne se soient manifestés, on a pu constater des modifications importantes du côté de la poitrine : le chiffre de l'inspiration a quelquefois augmenté pour son intensité et ordinairement diminué pour sa durée; le chiffre de l'expiration a beaucoup augmenté et pour sa durée et pour son intensité, il est à 6, 8, 10, ou davantage. Toutes deux offrent d'une manière bien plus distincte, le caractère de rudesse, de dureté, de sécheresse, déjà perçu à une époque moins avancée; un timbre un peu plus clair commence à se faire entendre dans l'expiration. La voix est manifestement plus retentissante qu'elle ne devrait l'être au-dessous des clavicules; il en est de même des bruits du

cœur. On entend quelquefois du râle de craquement sec et plus rarement du bruit de froissement pulmonaire. La percussion donne souvent un peu de son obscur vis-à-vis les points où l'on recueille les signes précédents. La vibration vocale y est moindre, et, quand on percute le malade dans ces points, ou bien quand on le fait tousser un peu fortement, il éprouve un retentissement plus marqué et quelquefois un peu douloureux sous celle des clavicules où a été observé le maximum des signes précédents.

3° Les sensations morbides ne font pas de grands progrès, mais la toux est devenue encore plus fréquente, et a pris quelque peu du caractère rauque, voilé, profond, que la voix présente à un degré beaucoup plus marqué que jusque-là ; cette toux est, dans les intervalles des recrudescences, sèche, brève, isolée, comme un peu convulsive, produite par un mouvement bref et un peu convulsif lui-même, mouvement effectué sans que la volonté du malade y participe. Quelquefois les hémoptysies reparaissent ou bien se montrent pour la première fois. Les phénomènes fébriles se dévoilent plus nettement : la peau prend un caractère habituel de sécheresse, d'aridité, et de chaleur mordicante ; les recrudescences fébriles, d'abord irrégulières, quelquefois même inconstantes, presque inaperçues, ayant lieu tantôt le matin et tantôt le soir, abandonnent en général ce caractère d'irrégularité, et, décidément, se transportent à la fin de la journée ; elles s'accompagnent d'une manière plus constante et plus sensible de sueur nocturne. Le sommeil du malade, jusque-là assez bien conservé, s'altère, devient incomplet, inégal, troublé qu'il est par la recrudescence fébrile qui se prolonge dans la nuit, et par la toux qui accompagne les légers refroidissements auxquels on est exposé. Les forces du malade ont baissé beaucoup; il le sent lui-même par l'impossibilité croissante où il se trouve de se livrer à des travaux qui autrefois lui eussent été légers.

Il s'aperçoit qu'il a maigri, et son inquiétude s'en accroît; cet amaigrissement, qui ordinairement porte surtout sur la poitrine, n'est point appréciable par le médecin chez les personnes naturellement grasses, mais l'est presque toujours par les malades eux-mêmes, qui, pour la plupart, surveillent avec soin l'état de leur embonpoint. Les digestions se troublent et deviennent longues et difficiles, surtout la digestion du repas du soir; un sentiment particulier de poids à l'épigastre occupe toute l'attention du malade et lui fait croire le plus souvent que là est le siége de sa maladie; il cherche à faire partager au médecin sa croyance à ce sujet, et s'étonne du peu d'attention qu'on accorde à ce qu'il dit éprouver dans cette région; les alternatives de selles régulières et de constipation sont devenues plus marquées et plus fatigantes. Dans quelques cas assez rares, il s'établit aussi des alternatives de coliques sourdes et de diarrhée. La pâleur terreuse de la face est plus prononcée; les traits se sont affaissés et expriment, de même que le regard, la fatigue, un état d'accablement particulier, un peu de dyspnée, et un état spécial de souffrance organique, qui semble indiquer que le malade comprend instinctivement le sort qui le menace. La vie est languissante dans toutes ses parties; elle semble se flétrir chaque jour davantage. Graduellement le malade est tombé, de l'état d'attention inquiète avec laquelle il surveillait d'abord les atteintes de sa santé, dans une sorte d'état d'inertie morale; de là il passe par degrés insensibles à cette heureuse quiétude qui le fait assister impassible et confiant à la dégradation successive de son être. En même temps que s'accomplissent ces phénomènes, qui assez souvent suivent dans leur développement une marche capricieuse, qui quelquefois sont très peu prononcés, on a constaté un accroissement sensible dans les chiffres d'augmentation et de diminution des bruits respiratoires : l'expiration est allée jusqu'à 12, 15 et 18; l'inspi-

ration est descendue jusqu'à 8, 6 et 5; le caractère rude, dur, sec, s'est prononcé davantage, et bientôt a été remplacé, à l'expiration d'abord, à l'inspiration ensuite, par les altérations du timbre des bruits respiratoires; le timbre clair, qui quelquefois avait apparu à l'époque précédente, s'élève par degrés, et en passant de l'expiration à l'inspiration, jusqu'au caractère bronchique; celui-ci revêt successivement ses formes les plus élevées. Le bruit de froissement pulmonaire, s'il avait apparu, a cessé; le râle de craquement sec a pris successivement un caractère humide, et, plus tard, le râle de craquement humide est lui-même remplacé par le râle cavernuleux ou muqueux à timbre clair. La résonnance vocale offre distinctement, dans les régions antérieures et supérieures de la poitrine, le caractère bronchophonique; les battements du cœur sont entendus aussi forts sous la clavicule droite que sous la gauche. Le son fourni par la percussion est manifestement obscur ou presque mat, à moins d'une complication d'emphysème ou d'une dissémination des tubercules. La vibration vocale a considérablement diminué ou est presque nulle. L'inspiration commence à fournir ses signes : l'affaissement sous-claviculaire, la diminution des mouvements partiels apparaissent chez un certain nombre de malades; et la première période est accomplie. Sur la fin de cette période, les crachats, de clairs et spumeux qu'ils étaient, se sont infiltrés de petits points d'un blanc sale ou grisâtre, opaques, qui grossissent successivement et revêtent, au commencement de la deuxième période, cette forme lenticulaire et frangée toute particulière qu'on leur connaît à cette époque. En même temps que les symptômes locaux ont revêtu des formes plus avancées dans les points primitivement atteints, ils ont envahi, dans le même ordre, une plus grande étendue de la poitrine.

ARTICLE III.

DIVISION DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE EN TROIS PHASES.

L'observation attentive des symptômes de la première période de la phthisie pulmonaire dans leurs dégradations successives, à partir du moment où leurs premières manifestations deviennent sensibles, et le soin de rapprocher la symptomatologie de l'anatomie pathologique toutes les fois que la chose a été possible, m'ont conduit à reconnaître trois phases à la première période de la phthisie, à assigner à chacune d'elles un groupe de symptômes qui peut la faire reconnaître, et à déterminer à quel degré de la tuberculisation des poumons correspond chacun de ces groupes de symptômes; par exemple, à reconnaître à quel moment de l'infiltration tuberculeuse, l'observateur peut être initié par les signes locaux au premier soupçon de la maladie.

§ I. Nous reconnaîtrons dans la première période de la phthisie pulmonaire *trois époques* ou *trois phases*. Ces phases sont successives, continues, il est vrai, l'une à l'autre, n'ayant entr'elles aucune limite tranchée et naturelle, mais conventionnellement séparées pour les besoins du diagnostic et de la pratique. Une valeur et des conséquences différentes étant attachées à chacun de ces degrés, on doit les marquer avec soin.

La première période de la phthisie pulmonaire comprend toutes les conditions diverses de nombre, de siége, de distribution, etc., que peuvent offrir les tubercules crus infiltrés dans le tissu pulmonaire.

C'est sur la symptomatologie que repose cette division en trois phases de la première période de la phthisie. Cette division va nous servir à marquer, non plus l'altération subie par la matière tuberculeuse, depuis le moment de son dépôt dans le tissu pulmonaire, jusqu'au moment où commence la deuxième période de la phthisie, mais le degré de densité

communiqué au poumon par l'infiltration tuberculeuse, c'est-à-dire la quantité et le degré de concentration des tubercules. C'est là ce qu'il importe le plus de connaître pendant cette première période.

Dans le § II de l'article précédent, j'ai tracé, sous les numéros 1°, 2° et 3°, le tableau symptomatique à peu près complet de chacune de ces trois époques : ici, je vais indiquer seulement et en peu de mots les *signes physiques* qui correspondent à chacune d'elles.

1° La première phase ou première époque commence avec les premières modifications subies par les bruits respiratoires ; elle va jusqu'au moment où commencent les modifications dans le timbre de ces bruits ; elle comprend : l'augmentation d'intensité et la diminution de durée du bruit inspiratoire, l'augmentation de durée et d'intensité du bruit expiratoire, le caractère rude et sec de ces deux bruits, et un commencement de résonnance bronchophonique de la voix, dans les cas où l'un des sommets des poumons est presqu'exclusivement envahi par la tuberculisation. Dans cette première phase, le chiffre d'augmentation d'intensité et de durée de l'expiration devient presque égal au chiffre de l'inspiration, c'est-à-dire s'élève à peu près jusqu'à 8.

2° On peut avec certitude se croire à une époque plus avancée, à un degré plus élevé de la maladie, quand le timbre du bruit expiratoire commence à devenir clair et un peu métallique. La seconde phase commence là et finit au moment où le caractère bronchique distinct apparaît dans l'expiration ; elle comprend : l'envahissement successif, de l'expiration d'abord, de l'inspiration ensuite, par le timbre clair, et plus tard par les timbres métalliques, résonnant et soufflant ; l'augmentation considérable des signes de la première phase ; l'apparition plus nette d'une résonnance bronchophonique sous les clavicules ; la propagation plus marquée des bruits du cœur dans les mêmes régions ; le bruit de frois-

sement pulmonaire qui apparaît aussi quelquefois pendant la première phase; le râle de craquement sec; la diminution de la vibration vocale; l'obscurité du son sous les clavicules, et le retentissement plus considérable qu'éprouve le malade dans un des côtés de la poitrine quand il tousse ou quand on le percute.

3°. La maladie a certainement fait des progrès quand le caractère bronchique vient remplacer les altérations de timbre qui le précèdent, et quand le râle de craquement sec commence à perdre son caractère de sécheresse, pour prendre le caractère humide. Là commence la troisième phase, qui a sa limite marquée par le troisième degré du caractère bronchique et par le râle de craquement humide distinct: au delà, se trouve la deuxième période. Cette troisième phase comprend : les trois degrés du caractère bronchique et l'envahissement successif de l'expiration d'abord et de l'inspiration ensuite par chacun de ces degrés; le passage successif du craquement sec au craquement humide distinct; le passage graduel des autres signes de la deuxième phase à une forme plus prononcée; et, quelquefois, le commencement des signes fournis par l'inspection, c'est-à-dire un peu d'affaissement des régions sous-claviculaires, l'aplatissement de la paroi antérieure et supérieure de la poitrine, et la diminution des mouvements partiels de cette région.

Telles sont les trois phases de la première période de la phthisie pulmonaire; tels sont les groupes de symptômes qui leur appartiennent. J'ai pris, comme base de cette division, les altérations de timbre des bruits respiratoires, parce qu'en effet, de tous les signes de cette période, elles sont le plus constant dans sa marche et dans ses rapports avec l'anatomie pathologique. Le râle de craquement, pris comme seconde base de cette division, est, en effet, quand il existe, le signe le plus régulier dans sa marche, après les altérations de timbre. Les modifications de l'inten-

sité et de la durée des bruits respiratoires, de l'expiration surtout, sont également régies dans leur marche par des lois très constantes; mais une division fondée sur le degré d'élévation du chiffre qui représente ces modifications aurait eu des limites sujettes à varier suivant le mode d'appréciation de chacun; toutefois, on peut dire avec vérité que le degré plus ou moins avancé de la première période de la phthisie peut être mesuré exactement par le plus ou moins d'élévation successive du chiffre de l'expiration.

La première période de la phthisie pulmonaire peut exister à plusieurs phases différentes, ou même à ses trois phases à la fois, dans un même poumon. Une application exacte des différentes règles d'examen que j'ai exposées dans le cours de cet ouvrage permettra, le plus souvent, de déterminer les divers degrés d'altération où sont arrivées telles ou telles parties du poumon. Mais on ne doit pas oublier que le voisinage inévitable de chacun de ces signes a quelquefois pour résultat qu'ils s'obscurcissent, ou même se modifient un peu mutuellement; aussi faut-il toujours apporter une grande attention à l'examen que l'on pratique. Au reste, fort heureusement pour le but pratique que nous nous sommes proposé, il est beaucoup plus facile de distinguer tous les signes entre eux, de les recueillir exactement, de les analyser, et d'en obtenir la solution désirée, au sommet des poumons, quand la maladie en est encore à sa première période, qu'à la base de ces organes, quand leur partie supérieure renferme des cavernes. C'est ainsi que se trouve rempli le but d'utilité des recherches d'auscultation dont je présente les résultats.

§ II. On voit, par ce que nous avons dit jusqu'ici, que la certitude du diagnostic augmente à mesure que nous nous rapprochons de la troisième phase de la première période, qu'elle diminue et finit quelquefois par se changer en simple probabilité quand nous touchons au sommet de

l'échelle, c'est-à-dire au commencement de la première phase. Les altérations physiques du poumon suivent la même gradation; il arrive un moment où elles sont assez légères pour n'amener que des changements très peu appréciables dans les caractères physiologiques de la respiration, de même que dans les conditions physiques normales de l'organe; si on remonte plus haut, elles ne provoquent plus aucune modification sensible des bruits respiratoires. C'est ainsi que, jusqu'à présent, aucun signe sensible ne peut faire reconnaître l'existence des petites granulations rudimentaires, à peine visibles à l'œil nu, que M. Rochoux a décrites comme étant la forme élémentaire des tubercules que l'on observe sur les poumons des phthisiques (1). C'est par erreur que M. Rochoux a cru, à l'époque où j'ai présenté à l'Académie deux malades chez lesquels j'avais reconnu le début de la phthisie, que, par première période, j'entendais comme lui l'époque à laquelle les tubercules ne sont encore que rudimentaires et presque microscopiques. Je n'ai jamais eu la prétention de reconnaître les tubercules pulmonaires à cette époque de leur formation; et on peut dire avec confiance que jamais, très probablement, on ne possédera aucun signe physique capable de fournir un pareil diagnostic. On peut bien, dans un certain nombre de cas, ainsi que je l'ai démontré dans le cours de cet ouvrage, reconnaître qu'il existe une prédisposition plus ou moins puissante à la phthisie pulmonaire; on peut même, par le rapprochement des symptômes et de la marche des différentes circonstances morbides accusées par le malade, prononcer qu'il y a imminence à ce que le travail de tuberculisation s'effectue, mais on ne peut décider s'il est ou s'il n'est point effectué, avant que l'on ne soit arrivé au degré de développement des tubercules pulmonaires que suppose et que représente notre première phase

(1) Des tubercules et particulièrement de ceux des poumons. Journal hebdomadaire, mai 1835.

de la première période. Ainsi, le diagnostic peut atteindre et la menace du fait et le fait accompli au degré que nous allons indiquer, mais on ne peut point se prononcer d'une manière positive, par voix raisonnée, par des signes physiques, sur l'intermédiaire entre ces deux faits. Toutefois, dans un certain nombre de cas, le diagnostic de ces états intermédiaires et des premières traces de la formation tuberculeuse devient possible, sinon d'une manière directe et par des signes physiques, du moins indirectement au moyen des signes de la cachexie tuberculeuse, qui nécessairement précède et accompagne le dépôt de tubercules dans les poumons. Or, c'est là tout ce que réclament les besoins de la pratique : qu'importe au médecin qu'il ait la certitude physique que des granulations tuberculeuses rudimentaires sont actuellement déposées dans les poumons, ou bien que cette certitude lui échappe, pourvu qu'il soit averti que la sécrétion tuberculeuse est sur le point de se produire, si déjà elle n'est effectuée, pourvu qu'il ait été mis en demeure d'agir dès l'origine de la tuberculisation, si déjà elle s'est accomplie. Mais je dois faire observer que ce diagnostic indirect, par cela même qu'il repose sur les signes qui décèlent la cachexie tuberculeuse, n'est possible que dans les cas seulement où la cachexie tuberculeuse est très prononcée, et suffisamment distincte de toute autre affection. On comprend, dès lors, qu'un grand nombre de phthisies commençantes doivent échapper à ce diagnostic, jusqu'au moment où les tubercules entrent dans les conditions voulues de volume et de nombre pour provoquer des signes physiques sensibles, auxquels on puisse reconnaître leur présence.

Voyons maintenant quelles sont ces conditions; car les espérances de succès seront d'autant meilleures que la thérapeutique pourra être appliquée à une époque moins avancée de la formation et du développement des tubercules. Or,

il nous est arrivé plusieurs fois de ne trouver *qu'un très petit nombre* de tubercules dans les poumons de malades qui, peu de jours avant leur mort, nous avaient offert les signes de la première phase de la première période ; ces tubercules étaient épars çà et là, ne formaient pas de masse compacte, et laissaient entre eux des portions considérables de tissu pulmonaire sain; ils étaient un peu plus nombreux chez quelques malades, un peu moins chez les autres (1). Si les malades se fussent présentés à mon observation à une époque où le

(1) Je puis, entre autres exemples, citer le suivant:

Martin, homme d'une taille élevée, d'une constitution très robuste, d'un tempérament essentiellement sanguin, âgé de 38 ans, entra à l'hôpital de la Charité le 9 août 1837, nº 35 de la salle Saint-Louis (service de M. Andral). Il portait dans la région iliaque un énorme abcès que l'autopsie fit reconnaître pour une psoïtis simple, c'est-à-dire sans carie des corps vertébraux. La réponse que fit le malade à nos diverses questions, que depuis deux ans environ il s'enrhumait et toussait souvent, et que depuis cette époque sa santé et ses forces avaient un peu diminué, que ses digestions étaient devenues lentes et difficiles, attira notre attention sur l'état de sa poitrine, et provoqua de notre part un examen attentif de cette partie. Cet examen donna le résultat suivant : *sous la clavicule droite*, bruit inspiratoire rude, dur, difficile, sec, un peu augmenté d'intensité et diminué de durée (12, 8), sans trace d'altération de timbre ; — bruit expiratoire beaucoup augmenté d'intensité et de durée (10, 12), dur, rude, sec, mais sans trace d'altération de timbre; — un peu d'obscurité du son et de sentiment de résistance au doigt, lors de la percussion ; — un peu plus de retentissement vocal que du côté opposé; — transmission des bruits du cœur sous cette clavicule aussi complète que sous la clavicule gauche; — affaissement manifeste, quoique peu considérable, de la région sous-claviculaire droite comparativement à la même région de gauche; — tous ces caractères morbides étaient localisés dans la partie supérieure de ce côté de la poitrine. Les caractères normaux de la respiration, du son, de la voix, disparaissaient à mesure qu'on s'éloignait de ce point. — *A gauche*, on ne saisissait aucun des caractères morbides constatés à droite : 26 respirations, 96 pulsations, peau fraîche, embonpoint du malade bien conservé, pas de phénomènes fébriles sensibles.

M'appuyant à la fois sur les signes locaux et sur les phénomènes généraux très légers éprouvés par le malade, j'admis qu'il existait dans

nombre et le développement de leurs tubercules étaient encore moindres, peut-être les signes eussent-ils été assez développés pour qu'on pût encore reconnaître ou au moins soupçonner le sommet du poumon droit des tubercules crus et en assez petit nombre. Mais, comme il existait en même temps un affaissement bien distinct de la région sous-claviculaire droite, comme cet affaissement ne pouvait, d'après le résultat de mes recherches, être attribué à une infiltration tuberculeuse aussi légère que celle dont les signes locaux autorisaient la pensée, comme ces signes n'existaient que dans l'un des côtés de la poitrine, l'autre côté n'offrant aucun caractère morbide, je me crus autorisé à penser que le sommet du poumon droit était coiffé par une ancienne fausse membrane, et que cette fausse membrane, qui recouvrait une légère infiltration de tubercules à l'état cru, avait sa part dans la production des signes locaux que nous observions.

Ce fut vers le 15 août que nous constatâmes les signes qu'on vient de lire. Plus tard, nous nous assurâmes qu'ils étaient constants, et qu'ils ne faisaient pas de progrès sensibles. Le 29 septembre, le malade succomba à une péritonite foudroyante, et, le 1er octobre, nous trouvâmes dans ses poumons les altérations suivantes:

Tous deux, dans toute leur étendue, étaient adhérents aux parois costales au moyen d'une couche celluleuse. Cette couche devenait très épaisse et d'une dureté cartilagineuse sur le sommet du poumon droit. Ce sommet, ainsi emprisonné par cette sorte de coque, était diminué de volume et contenait, dans sa couche périphérique seulement, un nombre peu considérable de tubercules *miliaires* disséminés dans son tissu, et tous à l'état de crudité. Il n'existait aucune trace de tubercules dans le reste de ce poumon, non plus que dans le poumon gauche et dans aucun organe de l'économie. Une seule ulcération fort petite existait dans l'intestin grêle.

Cette observation rappelle plusieurs des sujets que j'ai traités, et plusieurs des faits généraux que j'ai posés dans les chapitres qui précèdent: 1° le rapport que je viens d'établir entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique; 2° l'influence des fausses membranes anciennes qui recouvrent un poumon sur le développement consécutif d'une phthisie pulmonaire; 3° la part que peuvent avoir aux signes recueillis par l'auscultation et à l'affaissement consécutif de la région sous-claviculaire, les fausses membranes qui coiffent le sommet d'un poumon infiltré de tubercules. Je laisse au lecteur le soin de développer des conséquences que je dois ici me borner à indiquer.

la présence des tubercules; peut-être bien aussi que ces signes, tels que nous les avons perçus chez ces malades au moment où ils sont venus réclamer nos soins, ou bien au moment où nous avons songé à faire l'examen de leur poitrine, marquaient la limite du diagnostic de la première période de la phthisie. Mais on ne doit pas oublier que la position plus ou moins centrale ou superficielle des tubercules, que leur siége plus ou moins rapproché des régions antérieures ou postérieures des poumons, que leur réunion en groupes ou leur dissémination, peuvent influer beaucoup sur le moment où le diagnostic devient possible; suivant telle ou telle combinaison de ces circonstances, il pourra se faire que la tuberculisation soit reconnue chez tel individu plus tard que chez tel autre, bien qu'elle soit plus prononcée chez le premier que chez le second. Un groupe de tubercules superficiellement placé sera plus facilement atteint par le diagnostic qu'un nombre de tubercules plus considérable, mais dispersés dans l'épaisseur de l'organe. Je crois même que les signes doivent rester souvent insuffisants, si les tubercules *disséminés* dans le tissu pulmonaire sont *en très petit nombre*. Mais si la tuberculisation est par petits groupes, comme cela arrive le plus souvent, et si elle n'est pas trop enfoncée dans la profondeur de l'organe, je crois que le diagnostic devient possible, les tubercules seraient-ils *en très petit nombre*, surtout si la tuberculisation, envahissant inégalement les deux poumons, ou l'un d'eux à peu près exclusivement, occasionne par là une différence sensible entre les signes des deux côtés.

Quant aux conditions anatomiques qui correspondent aux deuxième et troisième phases de la première période de la phthisie, il suffit de les exprimer d'une manière générale, en disant : que les tubercules sont d'autant plus nombreux, et la densité consécutive du tissu pulmonaire d'autant plus considérable, que le chiffre de l'expiration est

plus élevé, que les altérations de timbre des bruits respiratoires occupent plus complètement les deux bruits, et représentent un degré plus élevé dans l'échelle de dégradation que nous avons tracée précédemment. Quant au râle de craquement, il indique, dans ses périodes successives, beaucoup moins une augmentation dans la confluence de l'infiltration tuberculeuse, que les transformations subies par la matière tuberculeuse elle-même.

CHAPITRE XIII.

DIAGNOSTIC DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE DANS TELLES CIRCONSTANCES DONNÉES.

Le diagnostic de la première période de la phthisie ne saurait être douteux, ai-je dit précédemment, quand les signes locaux, les signes généraux, et ceux que fournit le passé, se trouvent réunis en assez grand nombre, et que tous, par leurs caractères distincts, par leur marche régulière, par leur accord entre eux, tendent au même but et indiquent le même fait. Mais le diagnostic est bien loin d'être toujours aussi facile. Dans bien des circonstances, les signes s'isolent, se combinent entre eux de diverses manières et composent des degrés divers de certitude, de probabilité, ou de doute; quelquefois ces combinaisons de signes peuvent embarrasser l'observateur, et toujours elles exigent de sa part une analyse fort attentive, quand il veut en déterminer la juste valeur. On rencontre souvent de ces cas dans la pratique; ils sont quelquefois très difficiles; quand

ils se présentent, on est heureux d'avoir à se rappeler un fait semblable, et de trouver ainsi, dans l'expérience antécédente, la solution presque toute faite du problème qu'on a sous les yeux. C'est dans ce but que je vais exposer quelques-uns des diagnostics un peu difficiles, qui se sont présentés dans les salles où ont été faites ces recherches. Ils ont presque tous été jugés, soit par l'autopsie, soit par le passage successif de la phthisie à ses périodes les plus avancées.

1er CAS. Étant donné un malade adulte, d'une constitution forte et bien développée, d'un tempérament sanguin, d'une santé primitivement et long-temps robuste, né de parents sains, qui n'a jamais été sujet à s'enrhumer, ni à tousser, qui n'a jamais eu d'hémoptysie, mais qui s'est exposé pendant un certain temps à des influences antihygiéniques, et qui, au bout de quelque temps, a commencé à s'apercevoir de l'altération de sa santé, on pourra en toute certitude diagnostiquer une phthisie pulmonaire: si on observe, d'une manière nette et constante, l'ensemble à peu près complet des signes locaux et généraux que j'ai assignés à la deuxième ou à la troisième phase de la première période, et si, d'ailleurs, il n'existe aucune circonstance morbide capable d'expliquer et de revendiquer ces phénomènes locaux et généraux.

2e CAS. Dans les mêmes conditions, le même jugement pourrait être porté, mais avec moins de certitude, sur les simples signes de la première phase, si tout rentrait exactement ou à peu près exactement dans les lois que j'ai tracées comme régissant ordinairement le développement, la marche, et les symptômes de la phthisie accidentelle ou acquise.

3e CAS. Si, dans le cas supposé précédemment, les symptômes généraux manquaient, on ne serait autorisé qu'à un simple *soupçon* par les signes locaux de la première phase,

et un jugement positif devrait être remis à l'époque où quelques signes généraux commenceraient à se montrer. Si, les symptômes généraux manquant ou étant douteux, on avait bien nets et bien réguliers les signes de la seconde phase, l'existence d'une tuberculisation deviendrait *probable*. Si enfin, et toujours dans les conditions précédemment supposées, on observait bien prononcés les signes locaux que nous avons rattachés à la troisième phase, sans existence actuelle de signes généraux bien nets, mais avec quelque chose de douteux sous ce rapport soit dans le présent, soit dans un passé peu éloigné, on pourrait être *à peu près certain* de l'existence d'une tuberculisation des poumons.

4e CAS. Le diagnostic rentrerait dans les limites d'un simple *soupçon*, si, avec les signes locaux et généraux à peu près complets des première et deuxième phases, avec les bonnes conditions de constitution et d'hérédité que nous avons supposées dans les numéros précédents, avec l'absence de rhumes, de toux, d'altérations de la voix, d'hémoptysies, une interrogation bien faite, chez un malade intelligent, faisait connaître positivement qu'il n'a été soumis à l'influence prononcée d'aucune des circonstances antihygiéniques que j'ai signalées comme capables de développer la phthisie. Mais si, au lieu des signes locaux et généraux des première et seconde phases, on observait ceux de la troisième, et si les réponses du malade laissaient du doute sur l'action des circonstances antihygiéniques dont il s'agit, on pourrait, en règle générale, se prononcer pour l'existence d'une tuberculisation et se conduire d'après cette pensée.

5e CAS. Les signes locaux restant les mêmes, le diagnostic acquiert en général d'autant plus de probabilité ou de certitude, que les signes généraux qui leur coexistent sont plus prononcés et suivent plus exactement la marche qui leur est propre.

J'ai supposé jusqu'ici un malade adulte ; mais le jugement resterait le même, dans les mêmes circonstances, à des âges successivement plus élevés, jusqu'à 55 ou 60 ans à peu près. Au-delà de 55 ou 60 ans, tout étant égal d'ailleurs, la probabilité de la phthisie serait de moins en moins grande, à mesure qu'on s'élèverait vers un âge plus avancé, et il faudrait, pour que le jugement prononcé eût autant de valeur que dans les âges précédents, que les signes fussent plus marqués, plus distincts, plus réguliers, ou bien que l'influence de circonstances antihygiéniques fût plus évidente.

Chez l'enfant, dont la respiration est ordinairement beaucoup plus bruyante et beaucoup plus développée dans l'inspiration et dans l'expiration que chez l'adulte, les signes physiques de la première phase ne devraient faire conclure d'une manière absolue à l'existence d'une phthisie pulmonaire, qu'autant que le diagnostic serait d'ailleurs autorisé par d'autres circonstances. Celles-ci décideraient du fait de la phthisie, et les signes physiques locaux, tout en corroborant le diagnostic porté, auraient surtout pour résultat de faire juger le degré de l'affection ; ils pourraient prendre part au diagnostic si, avec des caractères bien prononcés, ils étaient ceux de la deuxième ou de la troisième phase. D'une manière générale, les signes tirés de l'état des bruits respiratoires ont chez l'enfant une valeur décroissante à mesure qu'on se rapproche de la première enfance et de la première phase de la première période. A un très jeune âge, on ne pourrait, je crois, rien inférer des caractères morbides des bruits respiratoires que nous avons dit appartenir à la première phase, souvent même de ceux de la seconde phase.

6[e] CAS. Étant donnés les signes locaux bien nets de la première phase de la première période de la phthisie, sans signes généraux appréciables, chez un jeune homme ou

une jeune personne offrant la constitution lymphatique, à poitrine étroite, surtout dans son diamètre transversal, nés de parents phthisiques, ayant éprouvé des rhumes assez fréquents et lents à disparaître, mais n'ayant point eu d'hémoptysies, on pourrait prononcer avec assurance qu'il existe des tubercules dans les poumons. *A fortiori*, les signes locaux étant ceux des deuxième et troisième phases.

7e CAS. Si les parents du jeune malade existaient encore bien portants, ou bien s'ils étaient morts d'une maladie étrangère aux poumons; si en même temps l'étroitesse de la poitrine ne portait pas spécialement sur le diamètre transversal, et que cette cavité fût régulièrement conformée quoique petite, la constitution générale serait-elle faible et le tempérament lymphatique prononcé, on ne pourrait pas, en l'absence de signes généraux, et sur les seuls signes locaux de la première phase, prononcer qu'il existe une phthisie. Dans de pareilles conditions, les signes de la première phase autoriseraient un soupçon; ceux de la deuxième phase équivaudraient à une probabilité plus ou moins grande, suivant le degré de développement des autres signes; ceux de la troisième phase exprimeraient une certitude.

8e CAS. Les signes bien tranchés de la première phase suffiraient à un diagnostic à peu près certain chez un individu né d'un père ou d'une mère morts phthisiques, s'il avait éprouvé des rhumes fréquents et de la toux avec la marche lente particulière que j'ai tracée ailleurs, lors même que sa constitution serait assez bien développée et son tempérament mixte entre le sanguin et le lymphatique, lors même qu'il n'aurait point eu d'hémoptysies.

9e CAS. On pourrait se prononcer dans le même sens, dans le cas où la condition d'hérédité que je viens de supposer n'existerait pas, et serait remplacée par des hémoptysies abondantes, éprouvées à l'époque des rhumes et de la toux à marche particulière dont il vient d'être question.

A fortiori, si, au lieu des signes de la première phase, on avait ceux de la seconde ou de la troisième.

10e CAS. L'existence des symptômes généraux de fièvre hectique, que nous avons dit appartenir aux première, seconde ou troisième phases de la première période, sans aucun des signes locaux de cette première période, quelles que fussent les conditions de prédisposition constitutionnelle ou héréditaire à la phthisie, ne pourrait faire admettre l'existence actuelle d'une phthisie pulmonaire, mais pourrait faire supposer que le travail de tuberculisation est plus ou moins près de s'effectuer. S'il se joignait à ces conditions de constitution et d'hérédité des hémoptysies, des rhumes antécédents et de la toux avec la marche qui leur est propre dans les cas de phthisie, on devrait penser que l'absence des signes locaux est un fait exceptionnel tenant à certaines circonstances organiques particulières du poumon, et considérer le malade en question comme atteint de phthisie.

11e CAS. Les conditions restant les mêmes, à l'exception des hémoptysies que je supposerai ne pas exister, et des signes locaux de la première phase que je supposerai au contraire évidents, le diagnostic ne pourrait être douteux.

12e CAS. Étant donné un individu dans un état douteux de santé, qui offrirait les signes locaux des première, seconde ou troisième phases de la première période, mais avec absence de tous signes généraux et de tous signes fournis par le passé, on pourrait concevoir le *soupçon* d'une phthisie, et ce soupçon aurait une valeur décroissante à mesure que les signes locaux se rapprocheraient davantage de la première phase.

13e CAS. Étant donné un malade d'une bonne constitution, d'une bonne santé primitive, né de parents sains, ayant eu une pleurésie avec épanchement assez considérable, pleurésie simple d'abord, mais devenue chronique à la suite

de diverses imprudences, ayant vu sa santé se détériorer et ses forces diminuer sensiblement depuis ce temps-là, s'étant exposé, soit avant, soit surtout après sa pleurésie, à des influences antihygiéniques qui n'eussent été ni assez développées ni assez prolongées pour entraîner à elles seules la constitution tuberculeuse, on pourrait prononcer qu'il y a phthisie pulmonaire, si on trouvait réunis et bien nets les signes locaux et généraux de la première ou de la seconde phase de la première période de cette affection.

14e cas. Un malade, né de parents sains (au moins en apparence), d'une constitution médiocre, d'une santé ordinairement faible, ayant éprouvé des rhumes fréquents et de la toux avec tendance à la marche chronique que j'ai indiquée ailleurs, offrant les altérations de la voix que j'ai décrites, ayant été atteint sans cause bien évidente, ou même avec cause sensible, d'une pleurésie avec épanchement qui, sans imprudence faite, sans accident qu'on pût en accuser, serait devenue chronique et aurait entraîné un commencement de détérioration de la santé du malade, ce malade, dis-je, devrait être considéré comme phthisique.

15e cas. Dans le cas de phénomènes généraux se rapportant à la deuxième ou à la troisième phase, survenus assez brusquement chez un malade assez bien portant jusque-là, n'ayant pas de prédisposition héréditaire ou constitutionnelle à la phthisie, n'ayant eu jusque-là ni rhumes ni hémoptysies, mais ayant été soumis pendant long-temps à de puissantes influences antihygiéniques; si ces symptômes généraux paraissent affecter une marche aiguë et rapide; si les symptômes locaux concomitants paraissent se rapporter à une phase moins avancée que celle représentée par les phénomènes généraux; si, au lieu de se borner à la région sous-claviculaire, les signes locaux occupent un peu plus d'étendue qu'ils ne font ordinairement, n'offrant pas

entre les deux côtés une différence notable, on est en droit d'admettre l'existence d'une phthisie de forme miliaire, et d'annoncer une terminaison rapide et funeste. On pourrait maintenir ce jugement, lors même que les seuls symptômes locaux seraient ceux de la première phase.

16e CAS. Dans la phthisie de forme miliaire et à marche aiguë, le diagnostic exige beaucoup en symptômes généraux et peu en symptômes locaux; dans la phthisie chronique et sous forme globulaire, c'est tout l'opposé. Une phthisie pulmonaire à la première période étant donnée, on aura lieu de la croire de forme miliaire, et de s'attendre à une marche aiguë, si les signes locaux occupent une étendue assez grande de la partie antérieure des poumons et si les symptômes généraux sont proportionnellement plus prononcés que les symptômes locaux; on aura au contraire lieu de penser que sa marche sera chronique, et que sa forme anatomique est la forme globulaire, si les signes locaux, resserrés tout-à-fait dans le sommet de la poitrine, quoique présentant un faible degré, sont proportionnellement plus prononcés que les symptômes généraux.

17e CAS. L'absence des signes fournis par la percussion ou la palpation aux deuxième et troisième phases de la première période, ne devrait pas faire rejeter l'existence d'une phthisie, si les signes locaux fournis par l'auscultation et les signes généraux de l'une ou l'autre de ces deux phases étaient bien prononcés. L'absence des signes recueillis par la percussion et la palpation devrait être attribuée, dans ce cas, ou bien au siége central de la tuberculisation, ou bien à quelque circonstance organique particulière des poumons; par exemple, à la distension emphysémateuse des couches périphériques du sommet de ces organes.

18e CAS. Un malade étant donné, avec un affaissement manifeste des régions sous-claviculaires, avec une diminution sensible des mouvements partiels des côtes de ces ré-

gions, avec les signes locaux des deuxième et troisième phases de la première période de la phthisie, sans signes généraux, on serait assuré de l'existence d'une fausse membrane épaisse et ancienne, coiffant le sommet des poumons; mais on ne pourrait se prononcer avec certitude sur l'existence simultanée d'une phthisie; toutefois, il y aurait d'autant plus de probabilité pour la coexistence de ces deux affections, que les phénomènes recueillis par l'auscultation seraient plus exactement ceux que nous avons assignés à la tuberculisation, et que les signes fournis par l'inspection se trouveraient plus complètement limités au sommet de la poitrine; cette probabilité cesserait si l'affaissement sous-claviculaire n'existait que d'un côté seulement, et s'il se liait au rétrécissement de tout ce côté de la poitrine consécutif à un épanchement pleurétique; cette probabilité resterait la même si l'affaissement des parois thoraciques dont il vient d'être question était borné à l'une des deux régions sous-claviculaires. L'observation prouve, en effet, qu'une tuberculisation peut exister dans le sommet d'un poumon enveloppé d'une épaisse et ancienne fausse membrane sans avoir lieu encore dans le poumon opposé.

L'existence des signes généraux de la première période de la phthisie, même fort légers, convertirait en une certitude la simple probabilité des cas précédents.

Les diagnostics précédents conserveraient leur valeur lors même que rien, dans le passé du malade, ne semblerait autoriser directement la pensée d'une phthisie; mais cette valeur augmenterait beaucoup si les signes du passé, ou quelques-uns d'entre eux, se joignaient à ceux du présent.

Si, à l'affaissement sous-claviculaire, à la diminution des mouvements partiels des mêmes régions, ne se joignaient que des symptômes généraux vagues, irréguliers, inconstants, et, d'une manière vague et irrégulière aussi, les

signes locaux d'auscultation que j'ai rattachés aux seconde et troisième phases de la première période, on ne pourrait que *soupçonner* une infiltration tuberculeuse, dans le sommet du poumon ainsi revêtu par une ancienne fausse membrane.

19e CAS. Étant donné un malade chez lequel les signes ordinaires de la troisième phase de la première période, recueillis par l'auscultation, la percussion, la palpation, n'existeraient que d'un côté de la poitrine seulement, l'autre côté fournissant un son et une respiration naturels, l'existence d'une phthisie devrait être rejetée, hors le cas où les signes fournis par l'inspection seraient très manifestes sur le côté même où aurait lieu le siége exclusif des symptômes. L'expérience prouve, en effet, que, hors le cas d'une fausse membrane épaisse coiffant le sommet d'un poumon, la tuberculisation au degré où nous la supposons n'occupe pas exclusivement l'un des deux poumons.

20e CAS. Mais si ces signes locaux, bornés à un côté de la poitrine seulement, étaient ceux des première et seconde phases, au lieu d'être, comme je viens de le supposer, ceux de la troisième, le diagnostic de la phthisie pourrait être porté, lors même qu'il n'existerait pas de dépression sous-claviculaire, si les signes locaux de la première ou de la seconde phase, les signes généraux correspondants, et les signes du passé justifiaient suffisamment le diagnostic; attendu qu'une tuberculisation, quoiqu'existant de fait dans les deux poumons, peut très bien avoir acquis dans l'un d'eux le développement nécessaire pour faire apparaître les signes des première et deuxième phases, et rester encore insaisissable du côté opposé; au lieu qu'on ne voit pas, dans les cas ordinaires, une tuberculisation avoir accompli presque entièrement sa première période dans un côté de la poitrine, et rester encore inappréciable du côté opposé, encore moins avoir envahi un poumon à ce degré, et avoir épargné l'autre complètement.

21e CAS. Un malade a eu des hémoptysies abondantes; il porte une affection organique du cœur capable de gêner considérablement le cours du sang; il ne présente de symptômes généraux que ceux qui accompagnent ordinairement la période d'asphyxie lente causée par les maladies du cœur, sans le caractère hectique et fébrile propre à la phthisie; comme signes de cette dernière affection, il ne présente que les signes locaux de la première phase, ou tout au plus ceux de la seconde phase de la première période: ces signes n'ont pas leur siége exclusif sous les clavicules; la maladie présente dans sa marche les périodes de repos ordinaires aux affections du cœur; pendant ces périodes, les symptômes généraux s'apaisent en raison directe de l'état de calme du cœur; on constate çà et là, par l'auscultation, des imperméabilités dans l'épaisseur du tissu pulmonaire. Dans les cas de ce genre, les symptômes locaux représenteraient-ils exactement ceux de la première ou deuxième phase de la phthisie, le caractère bronchique qui appartient à la troisième phase viendrait-il s'y joindre, on devrait penser que tous ces phénomènes locaux, qui simulent jusqu'à un certain point ceux de la phthisie miliaire, peuvent n'être que l'effet des indurations partielles qui, dans la période d'asphyxie lente des maladies du cœur, succèdent ordinairement à la difficulté si longtemps continuée de la circulation du sang dans les poumons. On devrait considérer comme très douteuse l'existence d'une phthisie, ou bien ne se prononcer pour une tuberculisation pulmonaire que sur de nombreuses données favorables à cette opinion.

Les règles de diagnostic de la première période de la phthisie que je viens de tracer, d'après les principaux faits qui se sont présentés à mon observation, ne seront pas toujours applicables sous la même forme, dans les mêmes limites, à propos des mêmes combinaisons de symptômes; mais, en général, l'observateur attentif, et habitué aux ana-

lyses cliniques, trouvera dans les faits que je viens d'exposer un guide pour arriver à la juste appréciation de telles autres combinaisons de symptômes qui peuvent se présenter. Avec les règles de diagnostic que j'ai développées dans le cours de cet ouvrage, avec celles que je vais établir dans le chapitre du diagnostic différentiel, il n'y aura que fort peu d'erreurs; on pourra, dans le plus grand nombre des cas de phthisie, prononcer avec certitude qu'il existe une tuberculisation à tel ou à tel degré, sous telle ou telle forme; dans beaucoup d'autres cas où le praticien se trouvait exposé à croire à l'existence d'une phthisie, on acquerra la certitude qu'elle n'existe pas; enfin, là où une certitude ne saurait être acquise, le soupçon, la probabilité qu'aura fait naître l'examen, auront encore l'avantage d'éveiller la sollicitude du malade et du médecin.

CHAPITRE XIV.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE.

Comme complément aux diagnostics circonstanciels que je viens d'exposer, je vais placer ici le diagnostic différentiel de la première période de la phthisie d'avec les circonstances morbides qui pourraient le plus facilement simuler quelques-unes de ses formes ou quelques-uns de ses degrés. Le diagnostic différentiel de chacun de ses signes ayant été fait ailleurs, je n'ai à m'occuper ici que du diagnostic différentiel de l'ensemble de cette période. Je ne parcourrai que les états morbides les plus capables de la simuler.

C'est surtout à propos du diagnostic différentiel de la première période de la phthisie qu'on voit la nécessité d'avoir égard, pour la juste appréciation des symptômes, bien moins à leur valeur absolue qu'à leur valeur relative, à leur association telle ou telle, à leur harmonie entre eux, à leur origine, et à leur marche plus ou moins régulière. Tous les symptômes importants de la première période de la phthisie, pris un à un, lui sont communs avec d'autres états morbides; mais le mode d'association de ces symptômes, leur mode d'origine et de développement successif, ne sont pas les mêmes dans la tuberculisation que dans les états morbides qui peuvent présenter un ou plusieurs de ces symptômes. C'est donc surtout dans ces différences que sont nos moyens de diagnostic différentiel. A ce titre, la première condition du diagnostic que nous recherchons, est la connaissance très exacte des signes qui peuvent se présenter dans la première période de la phthisie, de leurs caractères, de leurs associations diverses, des lois qui régissent leurs rapports entre eux et leur marche, et, comparativement, la connaissance des mêmes circonstances symptomatiques dans les divers états morbides qui peuvent simuler la phthisie. Tout ce qui a rapport à la phthisie et à ses signes, tout ce qui peut intéresser l'observateur sous le point de vue qui m'occupe dans ce moment, se trouve exposé dans la première ou dans la seconde partie de cet ouvrage. Étant connus les moyens dont on peut disposer pour ce diagnostic différentiel, on a recours à un plus ou moins grand nombre d'entre eux, suivant le degré de difficulté du cas qui se présente. Si le jugement reste suspendu, il faut absolument descendre dans l'analyse de toutes les circonstances qui peuvent entrer comme éléments dans le problème, et que j'ai développées dans les chapitres précédents. Les éléments que l'on néglige, parce qu'ils coûtent de la peine et du soin à recueillir, auraient peut-être fait décider la question, ou du moins auraient fait

éviter l'erreur, si on eût pris le temps de les analyser ; telles sont surtout les circonstances qui se rapportent aux antécédents du malade ; telles sont encore les premières apparitions des phénomènes généraux, que l'on a, en général, l'habitude de recueillir négligemment, et qui sont cependant d'une très grande importance. Il résulte de cette négligence apportée à l'examen du malade, que l'on se compromet en considérant comme phthisiques des individus qui ne le sont pas, et qui en ont imposé par des phénomènes passagers; mais, ce qui est bien plus grave, on compromet dans d'autres circonstances, la vie de son malade, en considérant comme une simple courbature, ou toute autre chose de ce genre, ce qui est un commencement de phthisie, et en laissant avancer vers ses périodes d'incurabilité, une affection qu'on eût pu combattre avantageusement, ou au moins arrêter dans sa marche, si on l'eût reconnue dès le premier moment où l'on avait été appelé auprès du malade.

On ne doit pas perdre de vue, dans le diagnostic dont il est question, qu'il convient de mettre tout autant de soin à reconnaître les cas où le malade est menacé de phthisie, que ceux où il en est atteint. Quelque éloignée que soit cette menace, on doit s'attacher à la reconnaître, parce qu'on se place ainsi dans les conditions de thérapeutique les plus heureuses que l'on puisse obtenir, celle de la médecine préservative. Or, comme cette médecine consiste presque exclusivement dans l'hygiène, comme elle n'est nullement désagréable aux malades, et qu'elle est compatible avec la plupart des exigences ordinaires de la vie, il vaut mieux s'exposer à comprendre dans cette menace de phthisie un peu plus que le nombre réel des malades qui y sont soumis que d'en méconnaître quelques-uns. On trouvera une nouvelle raison d'agir ainsi dans le principe que j'ai établi précédemment : que toute cause débilitante, quelconque, prédispose puissamment à la phthisie pulmonaire.

Les états morbides qui peuvent simuler la première période de la phthisie peuvent être divisés en trois classes: 1° ceux qui en présentent les signes locaux, ou quelques-uns d'entre eux, sans en offrir les signes généraux; 2° ceux qui n'offrent aucun des signes locaux propres à la tuberculisation, ou qui n'en offrent que de très vagues, mais qui se rapprochent de cette affection par les phénomènes généraux; 3° ceux dans lesquels un ensemble de phénomènes locaux et généraux concourent tout à la fois à simuler la phthisie.

Dans tous les cas que je viens de supposer et que je vais développer un peu plus loin, il peut se faire: ou bien que le malade n'ait aucune prédisposition ni originelle ni acquise à la phthisie; ou bien que, sans être actuellement phthisique, il soit menacé de le devenir, et que cette prédisposition, soit innée, soit acquise, se manifeste sous des formes et à des degrés plus ou moins prononcés. Dans le premier cas, le diagnostic différentiel sera en général facile; dans le second cas, il sera plus ou moins difficile, quelquefois même l'erreur ne pourra être évitée, et l'on croira la phthisie effectuée chez celui qui n'en est encore que menacé. Heureusement, cette erreur, en provoquant l'application des moyens de l'hygiène, tournera à l'avantage du malade, au lieu d'avoir pour lui des inconvénients. Encore, l'analyse attentive des symptômes, de leur marche, de leurs combinaisons telles ou telles, pourra-t-elle, dans la plus grande partie des cas, faire distinguer la tuberculisation actuellement existante de la simple prédisposition compliquée d'un état morbide capable de simuler quelques-uns des signes locaux ou généraux de la phthisie. Les signes fournis par le passé, c'est-à-dire les circonstances d'hérédité et de constitution, les maladies du système respiratoire éprouvées par le malade, telles que rhumes, toux, altérations de la voix, hémoptysies, pleurésies, enfin les influences antihygiéniques qu'il

a subies pendant un temps plus ou moins prolongé, peuvent contribuer beaucoup à éclairer l'observateur sur l'existence ou le degré d'une cachexie tuberculeuse, ou même sur le fait accompli d'une phthisie pulmonaire. On ne saurait donc recueillir avec trop de soin cet ordre de signes.

États morbides capables de simuler la première période de la phthisie par un certain ensemble de signes locaux.

1° Un trouble nerveux momentané peut bien changer l'état des bruits respiratoires, mais il ne modifie que leur durée ou leur intensité, jamais leur timbre. Cette circonstance ne pourrait donc en imposer que pour la première phase de la première période, et dans le cas seulement où, les signes généraux manquant, les conditions antécédentes du malade, c'est-à-dire les signes du passé, sembleraient autoriser la pensée d'une phthisie. Mais, dans le cas de tuberculisation des poumons à la première ou à la deuxième phase, les signes sont bornés aux sommets de la poitrine; tandis que dans le simple trouble nerveux de la respiration, les caractères morbides des bruits respiratoires occupent également toute l'étendue de cette cavité. Cette seule circonstance suffit à distinguer l'un de l'autre les deux cas que je mets en parallèle. D'ailleurs, dans le cas de coexistence d'un trouble nerveux respiratoire avec les signes qui annoncent une prédisposition marquée à la phthisie, on ne devrait pas juger d'après un premier examen, parce que les signes réels de la première ou de la deuxième phase de la phthisie pourraient exister, mais être masqués momentanément par le trouble nerveux général des bruits respiratoires; il convient d'attendre que le malade soit rentré dans le calme, et de ne juger qu'après un examen attentif fait dans ces nouvelles conditions. L'agitation nerveuse d'un malade ne saurait, d'ailleurs, pour un observateur un

peu accoutumé aux exercices cliniques, être confondue avec les phénomènes généraux qui appartiennent aux première ou deuxième phases de la première période de la phthisie.

2⁰ Dans certaines manières irrégulières de respirer, les bruits qui se passent naturellement dans la bouche, dans le larynx, dans les fosses nasales, peuvent quelquefois être transmis jusqu'à l'oreille appliquée sur la poitrine, et simuler les modifications de timbre subies par la respiration dans les cas de tubercules; mais, dans la tuberculisation des poumons, ces modifications de timbre ont leur siége exclusif au sommet de la poitrine, tandis que, dans le cas que je suppose, on les entendrait à peu près également dans toute l'étendue de cette cavité. Supposons même le cas où une maladie étrangère à la poitrine, ou même une bronchite aiguë, rendrait l'erreur plus facile en donnant lieu à des phénomènes généraux, on pourrait encore assez facilement arriver à la solution du problème, par l'étude de la marche de la maladie, par l'analyse de l'état actuel de cette affection, par l'absence des signes locaux de la tuberculisation des poumons à une époque où cependant ils devraient exister si réellement il y avait phthisie, par des examens plusieurs fois répétés avec la précaution de s'assurer de la manière dont le malade respire, par l'interrogation de ses antécédents, et, enfin, quelquefois, par la nature même et la marche des symptômes généraux observés. Y aurait-il prédisposition évidente à la phthisie, l'erreur du *fait accompli* serait facile à éviter s'il n'y avait pour la faire commettre que la transmission des bruits buccaux et pharyngiens à l'oreille appliquée sur la poitrine; en effet, les altérations de timbre n'appartiennent qu'aux deuxième et troisième phases, et, plus on se rapproche de cette dernière, plus l'erreur est difficile, parce que les éléments de diagnostic deviennent alors plus nombreux et plus prononcés.

3° Plusieurs états morbides, différents des tubercules pulmonaires, peuvent représenter assez bien les conditions physiques de ces derniers, provoquer des signes locaux à peu près semblables, et simuler ainsi une tuberculisation : 1° une fausse membrane épaisse et ancienne peut, sans complication de tubercules, être déposée sur le sommet des poumons ou sur le sommet de l'un d'eux seulement; 2° des noyaux de matière mélanique, cancéreuse ou squirrheuse, des masses hydatiques, etc., peuvent se trouver déposés çà et là dans le tissu pulmonaire; 3° une pneumonie devenue chronique, occupant une étendue plus ou moins considérable des parties supérieures d'un poumon, peut avoir déterminé une sorte de carnification du tissu de cet organe; 4° une maladie du cœur ancienne, organique, qui depuis longtemps met obstacle au cours du sang dans les poumons, détermine quelquefois la formation de noyaux d'induration épars dans différentes parties de ces organes. Dans tous les cas que je viens de citer, les signes locaux des première, deuxième et même troisième phases de la première période de la phthisie peuvent se rencontrer plus ou moins nets, et cependant la tuberculisation ne point exister. C'est surtout dans les diagnostics différentiels de ce genre qu'il importe de faire intervenir tous les éléments de la question; or, il est permis de penser que dans la très grande majorité des cas où l'on se livrera à une analyse attentive de ces éléments, on arrivera à prononcer avec assez de certitude si l'état morbide en question est ou n'est pas de nature tuberculeuse; dans beaucoup de cas même, ce jugement pourra être prononcé avec une entière certitude; quant aux circonstances dans lesquelles le diagnostic devrait rester suspendu entre ces deux faits, nature *tuberculeuse* ou *non tuberculeuse* du changement physique subi par le poumon, j'ai déjà dit qu'il n'en pourrait résulter aucun inconvénient pour le malade, attendu que le traitement applicable au premier de ces cas, l'est aux autres tout aussi heureusement.

Les états morbides du poumon que j'ai signalés précédemment, comme pouvant simuler une tuberculisation, sont fort rares comparativement à la phthisie pulmonaire; ce qui est une nouvelle raison d'admettre plutôt l'opinion d'une phthisie pulmonaire et d'agir, en présence de cette probabilité, comme s'il y avait certitude.

La considération du siége décide ordinairement la question dans le même sens. A sa première période, la tuberculisation a toujours pour siége à peu près exclusif les sommets des poumons, exception faite toutefois de certains cas de phthisie aiguë miliaire, dans lesquels la tuberculisation envahit presque subitement la plus grande partie de la masse de ces organes. Des groupes de tubercules miliaires pourraient être confondus avec les noyaux d'induration que fait naître dans le poumon une maladie organique chronique du cœur, ou bien avec les noyaux de matière mélanique, cancéreuse, etc., qui, quelquefois, se trouvent épars dans les poumons. Mais, dans ces états organiques, on ne remarque pas ordinairement de phénomènes généraux, tandis que la forme particulière de tuberculisation avec laquelle seule ils pourraient être confondus (forme aiguë miliaire), a pour caractère essentiel de s'accompagner de phénomènes généraux intenses. D'ailleurs, la coexistence d'une maladie organique chronique du cœur, et le siége (à la partie postérieure) des noyaux d'induration qu'elle détermine dans les poumons (tandis que les noyaux de tuberculisation miliaire ont surtout leur siége à la partie antérieure de ces organes), devraient, dans les cas de ce genre, guider le jugement de l'observateur.

La carnification du sommet d'un poumon par suite de pneumonie chronique, la fausse membrane épaisse et ancienne déposée sur la même partie, provoqueraient, il est vrai, des symptômes locaux qui, de même que ceux de la phthisie, seraient bornés au sommet de la poitrine; mais,

l'absence de signes généraux, contrastant avec le degré avancé et l'étendue assez considérable de l'induration pulmonaire indiquée par les signes locaux, contrastant avec ce qui arrive toutes les fois qu'une induration de ce degré et de cette étendue est de nature tuberculeuse; l'absence des signes du passé qui autorisent la pensée d'une phthisie; la marche générale de l'affection, différente de la marche que j'ai assignée à la première période de la tuberculisation, devront, le plus souvent, faire reconnaître que les états morbides en question, quoique affectant le siége ordinaire des tubercules, ne sont pas de nature tuberculeuse, et, tout au plus, se compliquent peut-être de quelques tubercules miliaires dispersés çà et là en plus ou moins grand nombre dans les poumons.

Toutefois, les états morbides que j'ai indiqués précédemment peuvent aussi, de même que la phthisie pulmonaire, s'accompagner d'un certain appareil fébrile général qui, réuni aux signes locaux, rendrait le diagnostic plus difficile; dans les cas de ce genre, les signes du passé, la différence de siége, l'analyse exacte de la marche de la maladie, seront les seules ressources de l'observateur, et quelquefois même ne pourront l'empêcher de rester dans le doute sur la véritable nature de l'affection, ou de faire erreur à ce sujet.

4° Une dilatation des bronches à un faible degré entraînerait à peu de chose près les mêmes modifications des bruits respiratoires qu'une phthisie pulmonaire à la première période; mais ces signes auraient pour siége toute ou presque toute l'étendue de la poitrine, ce qui n'a pas lieu ordinairement dans la phthisie pulmonaire. Si l'on suppose, ce qui arrive quelquefois, que la dilatation des bronches ait son siége spécial ou même exclusif dans le sommet des poumons, le diagnostic différentiel deviendrait à peu près impossible par la seule considération des signes locaux; car, dans la

dilatation des bronches portée à un certain degré, la résonnance vocale est plus considérable que dans l'état normal, le son fourni par la percussion est un peu obscur, et la vibration vocale tactile est diminuée. Alors, pour établir le diagnostic, on aurait recours à l'absence des symptômes généraux (absence assez ordinaire dans la simple dilatation des bronches), à l'absence des signes du passé capables d'autoriser la pensée d'une phthisie, à la considération de la marche de la maladie, plutôt qu'à la considération de la marche des symptômes locaux qui subissent à peu près les mêmes changements que ceux de la phthisie; mais il faut convenir que, dans certains cas où les symptômes établissent une sorte de point de contact entre deux affections, il est difficile ou même impossible de se prononcer pour l'une ou pour l'autre, à moins d'avoir pendant assez long-temps observé la marche de la maladie qu'on est appelé à juger. Quelquefois aussi ces deux états organiques se combinent ensemble.

5° L'emphysème pulmonaire, à cause de la nature de ses symptômes, ne saurait être confondu qu'avec la première ou tout au plus la seconde phase de la première période de la phthisie; or, il est presque toujours facile de les distinguer : le siége général des signes de l'un, et le siége local des signes de l'autre; l'absence de modifications de timbre dans les bruits respiratoires des malades pris d'emphysème; la constitution, la santé habituelle, l'embonpoint de ces derniers, ordinairement bien conservés; l'absence chez eux de phénomènes généraux, contrastant avec les circonstances opposées chez les phthisiques; la diminution d'intensité du retentissement de la voix et des bruits du cœur, le son exagéré fourni par la percussion, la saillie des régions sus et sous-claviculaires chez les malades atteints d'emphysème, tandis que les phénomènes contraires s'observent chez ceux dont les poumons sont infiltrés de tubercules : toutes ces

circonstances rendent presque impossible une erreur de diagnostic entre l'emphysème pulmonaire général et la tuberculisation des poumons.

Si nous supposons un emphysème partiel, borné à l'un des côtés de la poitrine, ayant son maximum au sommet des poumons, toutes circonstances qui sont fort rares, nous trouverons encore, sinon dans la considération du siége et de l'étendue des phénomènes locaux, du moins dans l'ensemble des autres circonstances que nous avons passées en revue, des moyens suffisants de diagnostic différentiel entre ces deux affections. Mais l'emphysème pulmonaire se complique quelquefois de tubercules à un degré encore peu avancé. Or, à la première ou à la deuxième phase de la première période de la phthisie, il peut devenir fort difficile de reconnaître par des signes positifs cette complication, attendu que les signes locaux de la première ou de la deuxième phase de la phthisie peuvent rentrer presque complétement dans ceux de l'emphysème pulmonaire. Mais, dans le plus grand nombre de cas, on est amené, par l'analyse attentive des divers éléments du problème, au moins à la probabilité de coexistence d'une tuberculisation ; et, bientôt, l'examen attentif de la marche de la maladie et de l'ensemble du malade change la probabilité en certitude ; toutefois, dans quelques cas de phthisie très lente, d'infiltration tuberculeuse très médiocre, on ne peut avoir que le soupçon de cette complication. Le tissu des poumons est presque toujours un peu emphysémateux autour d'une infiltration tuberculeuse, mais ce n'est point là l'emphysème dont il vient d'être question ; car il s'agit, dans le diagnostic différentiel que je viens de présenter, du véritable emphysème pulmonaire bien développé, bien caractérisé, et dès lors indépendant du léger degré de tuberculisation que je lui suppose comme complication.

6°. A l'article *inspection* (voyez chap. VII, art. 5), j'ai

décrit les altérations de forme, de volume et de mouvement que présente la poitrine des phthisiques, et j'ai indiqué les caractères à l'aide desquels on peut distinguer ces altérations de celles qui pourraient les simuler et qui seraient étrangères à la phthisie pulmonaire. J'ai cité, entre autres, les déformations de la poitrine qui sont le résultat des déviations *sensibles* de la colonne vertébrale, mais j'ai omis de parler des déformations du thorax produites par des déviations *non encore apparentes* de la colonne vertébrale. Je vais ici rectifier cet oubli.

M. J. Guérin a démontré que, à la première période des déviations vertébrales, les vertèbres décrivent un mouvement de rotation autour d'un axe qui passe par le sommet des apophyses épineuses, de telle sorte que les corps vertébraux représentent déjà des courbes assez prononcées, alors que les apophyses épineuses suivent encore une ligne droite. Les vertèbres entraînent dans ce mouvement de rotation les côtes qui s'insèrent sur leurs faces latérales; il en résulte que la zône des parois thoraciques formée par ces côtes présente des déformations qui sont en rapport avec le sens dans lequel a eu lieu la rotation des vertèbres. Ainsi, supposons que les premières vertèbres dorsales aient exécuté un mouvement de rotation de droite à gauche sur un axe qui traverserait le sommet des apophyses épineuses, la partie supérieure des parois thoraciques offrira une légère dépression en avant à gauche, et en arrière à droite; et, au contraire, une légère saillie en avant à droite, et en arrière à gauche. Or, ces déformations de la poitrine, qui sont pour M. Guérin un moyen de reconnaître le commencement d'une déviation vertébrale, pourraient être prises pour des déformations consécutives à la phthisie, si on n'était prévenu de leurs différences, et si on n'avait les moyens de les distinguer. Ici, la direction des apophyses épineuses ne peut point être un moyen de diagnostic différentiel,

puisque nous venons de dire que ces apophyses ne s'écartaient pas de la ligne droite, et que la déviation vertébrale n'était point apparente. Mais, dans le cas de déformation consécutive à la phthisie, cette déformation n'existe que sur un point seulement, le plus ordinairement dans l'une des régions sous-claviculaires, et elle consiste dans une dépression unique, sans accompagnement de saillie. Au contraire, dans le cas particulier qui nous occupe, la déformation est essentiellement multiple ; elle existe nécessairement sur quatre points différents de la poitrine, en avant, en arrière, à droite, à gauche, et consiste dans des saillies et des dépressions diagonalement opposées. La différence entre ces deux sortes de déformations résulte de la différence de leur origine et de leur mécanisme de production : dans un cas, toute une zône de la poitrine, représentée par les côtes et les cartilages costaux, a été entraînée par les vertèbres correspondantes dans un mouvement de rotation qui a changé ses rapports avec la zône placée au dessus, représentée par les clavicules et l'omoplate ; ces rapports ont dû nécessairement être changés sur toute la circonférence de cette zône, ou, si l'on veut, sur ses quatre points principaux, et non pas sur un seul ; de même que si, de deux cercles superposés qui pivotent sur un même point de leur circonférence, l'un reste immobile, tandis que l'autre est entraîné à droite ou à gauche, la figure représentée par le plan des deux cercles cessera d'être circulaire, et se trouvera composée de parties symétriques, diagonalement opposées. Dans le second cas, au contraire, la déformation consécutive à la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire à l'atrophie du sommet d'un poumon, étant le résultat de la cessation d'équilibre entre les pressions atmosphériques intérieure et extérieure, et cette cessation d'équilibre n'ayant lieu que sur un point de la circonférence de la poitrine, la déformation qui en résulte ne doit occuper que ce point seulement, qui

est ordinairement l'une des régions sous-claviculaires. L'absence des signes locaux de la première période de la phthisie pulmonaire, dans le cas de déformation thoracique due à un commencement de déviation vertébrale, est encore un moyen de distinguer la déformation thoracique due à cette cause, de celle qui est consécutive à l'atrophie du sommet d'un poumon devenu le siége d'un dépôt pseudo-membraneux à sa surface et tuberculeux à son intérieur.

États morbides capables de simuler la première période de la phthisie, par un certain ensemble de signes généraux.

Beaucoup d'états morbides peuvent présenter, d'une manière plus ou moins exacte, quelquefois d'une manière très complète, très exacte, l'ensemble des phénomènes généraux que j'ai attribués à la phthisie; si bien que si l'on ne prenait pour base de son jugement que ces phénomènes généraux on aurait lieu fort souvent de rester indécis, ou même de commettre des erreurs de diagnostic; mais déjà, dans l'un des chapitres précédents, j'ai dit que les symptômes généraux ne peuvent faire conclure à l'existence actuelle d'une tuberculisation, qu'autant que leur témoignage était appuyé par celui de phénomènes locaux déposant dans le même sens; or, les états morbides que je vais passer en revue dans ce moment, peuvent bien, il est vrai, simuler les symptômes généraux de la première période de la phthisie, mais ils sont incapables de déterminer les signes locaux de cette affection, signes sans lesquels on ne saurait, en règle générale, admettre l'existence d'une phthisie pulmonaire. Jamais, en effet, une infiltration tuberculeuse capable de provoquer des phénomènes généraux bien prononcés n'est absolument exempte des signes locaux de la première période. Ainsi, toutes les fois qu'un malade se présentera avec l'ensemble plus ou moins complet, plus ou moins régulier, des signes généraux ordinaires à la première période de la phthisie, sans aucun des signes locaux de cette première période, on pourra, comme

règle générale, conclure en toute confiance qu'il n'y a pas tuberculisation actuellement existante; il peut y avoir prédisposition plus ou moins puissante à la phthisie, mais non point encore fait accompli au degré que j'ai supposé précédemment, en indiquant le moment où l'infiltration tuberculeuse commence à provoquer des signes physiques sensibles et assez prononcés pour entraîner avec eux un diagnostic positif. On voit par là combien est important le rôle que jouent les signes locaux dans le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire.

On voit souvent des jeunes filles chlorotiques, ou des personnes plus âgées chez lesquelles la menstruation est irrégulière, incomplète, difficile, ou tout-à-fait supprimée, présenter assez bien, pendant long-temps, l'ensemble de phénomènes généraux que j'ai rattachés à la première période de la phthisie (1).

(1) Toutefois, il ne faut pas oublier que, dans certaines circonstances, une véritable cachexie tuberculeuse se cache sous le voile de la chlorose. Un des exemples qui m'ont le plus frappé est le suivant : Une jeune personne de 17 à 18 ans, Mlle F. de C. (dép. du Puy-de-Dôme) avait, dans sa constitution et dans ses conditions d'hérédité, des raisons de craindre la phthisie pulmonaire. Depuis quelque temps ses règles étaient irrégulières, inconstantes et fort diminuées; elle perdait beaucoup en blanc; depuis quelque temps aussi elle était devenue très pâle, très faible, languissante, se plaignant d'un état de malaise général, manifestant une inaptitude et une impuissance inaccoutumées aux travaux intellectuels et aux exercices physiques; elle offrait à un degré très prononcé la pâleur et la mollesse des tissus, ordinaires aux personnes chlorotiques; le souffle carotidien était très-marqué. Jusque-là on avait attribué à la seule influence de la chlorose l'état dans lequel se trouvait la jeune malade. On me consulta; j'examinai sa poitrine avec beaucoup de soin et ne découvris aucun des signes locaux qui accompagnent ordinairement la présence de tubercules dans les poumons. Jusque-là, la malade n'avait été sujette ni aux rhumes, ni à la toux; mais il paraissait résulter de ses réponses que le dérangement de la menstruation avait plutôt été postérieur qu'antérieur aux développemens des phénomènes généraux qu'elle éprouvait; toutefois, il était vrai que les phénomènes avaient acquis plus d'in-

Les mêmes phénomènes, plus ou moins complets et réguliers, s'observent quelquefois aussi chez les jeunes gens qui ont eu depuis quelque temps une croissance rapide, ou bien chez ceux que la masturbation ou des excès de coït ont jetés dans un assez grand état d'affaiblissement.

Des chagrins profonds et prolongés, un dérangement habituel des digestions, la vie sédentaire, surtout la vie de bureau continuée depuis long-temps et accompagnée de veilles fréquentes et prolongées, de même que les causes précédentes, sont capables de produire cet état particulier de malaise général, de sentiment de faiblesse et d'accablement, d'inaptitude aux travaux de corps et d'esprit, d'état morbide vague de tout le corps, accompagné, à des heures irrégulières de la journée ou de la nuit, des frissons et de la fièvre que j'ai indiqués comme ouvrant la scène des symptômes généraux de la phthisie.

Des travaux forcés de corps ou d'esprit, une nourriture insuffisante ou malsaine, une grande susceptibilité nerveuse à ressentir les plus petites impressions fâcheuses qui, trop sou-

tensité dès le moment où le dérangement de la menstruation s'était bien prononcé. Notons, de plus, que depuis assez long-temps les conditions d'habitation de Mlle F. étaient peu hygiéniques. Tenant compte de tous ces faits, je déclarai qu'il y avait chlorose, et que la jeune malade était sous l'influence d'une menace de phthisie pulmonaire, qui probablement se déclarerait tôt ou tard, mais qui ne s'était pas encore effectuée.— Trompée par l'idée qu'il ne s'agissait que d'une simple chlorose et que, avec du temps, le cours menstruel et la santé se rétabliraient l'un par l'autre, la famille négligea l'avertissement que je lui donnai, de même que les précautions d'hygiène et le régime que je conseillai. Trois mois après, on me pria de revoir cette jeune malade. Je recueillis alors, dans les deux sommets de la poitrine, mais surtout dans le sommet droit, tous les signes de la première période de la phthisie pulmonaire (infiltration tuberculeuse confluente). Les phénomènes généraux de fièvre hectique étaient très prononcés; tout faisait prévoir une marche très rapide de la maladie; je l'annonçai à la famille, et, en effet, quelques mois après, Mlle F. avait succombé, avec tous les symptômes ordinaires de la phthisie pulmonaire très aiguë.

vent, viennent heurter l'âme dans le cours de la vie; quelquefois même, dans certains moments de l'année surtout, une grande impressionnabilité nerveuse aux changements qui s'opèrent dans la température et dans l'état électrique de l'atmosphère, suffisent pour conduire aux mêmes résultats et pour simuler assez bien le commencement d'une phthisie pulmonaire.

Il en est de même de certains cas d'affections cancéreuses de l'estomac, de la matrice ou de tout autre viscère. Laënnec et M. Andral ont cité, l'un un cas de squirrhe du pancréas, l'autre un cas d'abcès de la rate, qui avaient présenté tous les symptômes généraux et les signes rationnels de la phthisie, et qui avaient été pris pour une tuberculisation des poumons.

Mais, dans aucun des cas que je viens de citer, ni l'auscultation, ni la percussion, ni la palpation, ni l'inspection, ne recueillent les signes locaux de la première période de la phthisie; à moins, toutefois, qu'il n'y ait complication de l'un des états morbides que j'ai passés en revue précédemment, et que j'ai signalés comme capables de fournir les signes locaux de cette première période. Si cette complication existait, on chercherait à en établir le diagnostic différentiel d'après les principes que j'ai indiqués à propos de ces états morbides, c'est-à-dire en se fondant surtout sur l'absence des signes du passé qui pourraient autoriser la pensée d'une phthisie, et sur l'examen attentif de la marche générale de la maladie et de la marche particulière des symptômes. Plus d'un cas douteux pourrait se présenter dans la circonstance que je suppose; on devrait alors différer son jugement, et continuer de surveiller attentivement la marche des symptômes et de la maladie; mais on ne rencontre que très rarement cette complication de circonstances. Dans la très grande majorité des cas que je viens d'exposer comme capables de simuler les phénomènes généraux de la première période de la phthisie, il y a absence de tout changement morbide no-

table du côté des organes respiratoires, et dès lors le diagnostic ne saurait être douteux. Ainsi, dans tous les cas de ce genre, pas de doute sur la non-existence d'une tuberculisation au degré que supposent les signes de la première ou de la seconde phase. Mais ces circonstances morbides ne pourraient-elles pas simuler une prédisposition plus ou moins puissante à la phthisie, un travail de tuberculisation en imminence, ou même ce travail effectué, quoique pas encore assez développé pour donner lieu à des phénomènes locaux sensibles? Sans doute; et, il faut en convenir, dans beaucoup de ces cas le diagnostic devra rester assez long-temps incertain. J'ai observé beaucoup de faits de ce genre; j'avoue qu'il est des cas vraiment embarrassants; cependant, je suis fondé à croire que l'analyse bien faite de l'état présent et passé du malade, que les rapprochements des divers éléments de la question, les uns *pour*, les autres *contre*, doivent, le plus souvent, conduire l'observateur habitué à ce genre d'analyse à reconnaître s'il y a réellement travail de tuberculisation, ou bien si ce travail organique n'est que simulé par telle ou telle circonstance morbide. On conçoit qu'il m'est impossible d'indiquer autrement que d'une manière générale, ainsi que je le fais, la marche à suivre dans les diagnostics différentiels de ce genre. Pour faire plus, il me faudrait descendre dans le détail de chaque fait particulier; or, ces faits particuliers, je ne puis pas les devancer, et les combinaisons de symptômes que je supposerais, et sur lesquelles je raisonnerais, ne seraient probablement pas les mêmes que celles qui se présenteront à chacun de mes lecteurs; il suffit d'avoir bien présents à l'esprit les faits et les principes développés dans le cours de cet ouvrage, pour qu'on puisse soi-même effectuer cette analyse et déduire les conséquences qu'elle entraîne. Du reste, la facilité de cette analyse et du diagnostic différentiel des premières époques de la phthisie d'avec les circonstances qui peuvent la simuler, a été exagérée par quelques-uns des

auteurs qui s'en sont occupés, tandis que d'autres sont tombés dans l'extrême opposé, et ont désespéré de ce diagnostic. Après avoir démontré l'erreur funeste de ces derniers, je dois dire qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels il ne faut rien moins qu'une très grande habitude de ce genre de maladies et de ce genre de symptômes, rien moins qu'une observation très attentive et long-temps soutenue de toutes les circonstances qui composent l'histoire passée et présente d'un malade, pour arriver à reconnaître d'une manière un peu précise la véritable affection à laquelle on a affaire, et les véritables conditions dans lesquelles se trouve le malade sous ce point de vue. A mesure qu'on se rapproche de cette époque de la phthisie dans laquelle les signes locaux ne nous permettent pas de décider si on en est encore à la simple prédisposition aux tubercules, ou si déjà ceux-ci ont commencé de se déposer dans les poumons, il arrive quelquefois que, au lieu d'avoir une certitude, nous ne sommes autorisés qu'à une probabilité ou même à un simple soupçon de phthisie pulmonaire.

États morbides capables de simuler la première période de la phthisie par un certain ensemble de signes locaux et généraux.

1°. J'ai dit (p. 284) qu'une congestion sanguine active pouvait se former dans le sommet de la poitrine, en avant comme en arrière. On a vu que les signes de cette affection étaient une diminution dans la durée et l'intensité des deux bruits respiratoires, un caractère humide visqueux particulier, et un râle particulier aussi dont j'ai donné les caractères, enfin un certain ensemble de phénomènes généraux qui se rapportent, non point à l'état fébrile et surtout à l'état fébrile hectique, mais à un état d'excitation nerveuse et de pléthore sanguine générale. De pareils symptômes ne pourraient que très difficilement être confondus avec ceux de la première

période de la phthisie : nous avons en moins, du côté de la congestion, les altérations de timbre de la phthisie; en plus, du côté de la phthisie, l'augmentation du bruit expiratoire; le caractère sec, dur, rude des bruits respiratoires d'un phthisique fait contraste avec le caractère humide visqueux propre à la congestion; le râle *humide à bulles continues* est tout-à-fait différent des râles de craquement sec ou de froissement pulmonaire; la nature des phénomènes généraux observés dans les deux cas est essentiellement différente aussi. Toutefois, les phénomènes généraux qui accompagnent la congestion sanguine active des poumons peuvent quelquefois, jusqu'à un certain point, prendre l'aspect des symptômes généraux des premières phases de la phthisie; les sensations morbides éprouvées par le malade sont à peu près les mêmes dans les deux cas, mais la marche si différente des deux affections ne permettrait guère de prendre l'une pour l'autre, surtout dans les états types comparés entre eux de la congestion et de la phthisie.

Mais, en exposant mes recherches sur la congestion sanguine active des poumons, j'ai déjà dit que le siége électif de cette affection est à la partie postérieure du tiers moyen des poumons, que les trois seuls malades qui nous en ont offert les symptômes à la région antérieure et supérieure de la poitrine, étaient phthisiques, et que, selon toute apparence, la congestion sanguine n'avait été appelée dans ce siége inaccoutumé que par l'excitation locale que produisait la présence des tubercules. J'ai même dit, à propos de la valeur diagnostique de la congestion sanguine active, que toutes les fois qu'on la retrouvait dans ce siége, il y avait lieu de soupçonner l'existence d'une tuberculisation des poumons. Au lieu de présenter tous les attributs d'une constitution forte et pléthorique, comme cela avait lieu chez la presque totalité des malades atteints de congestion sanguine pulmonaire active, les individus chez lesquels le siége de cette affection était à la

partie antérieure et supérieure de la poitrine, offraient au contraire tous les attributs d'une constitution faible et de la prédisposition aux tubercules. Ce siége particulier pourrait, dans un cas obscur, aider à reconnaître la présence des tubercules qui compliqueraient la congestion sanguine active des poumons. L'histoire des antécédents, des circonstances d'hérédité, des influences antihygiéniques subies, de la marche de la maladie et des changements successifs éprouvés par la santé du malade, ne manqueraient probablement pas, dans les cas de ce genre, de révéler l'existence d'une complication que le siége seul de la congestion doit déjà faire soupçonner. Les signes locaux recueillis hors des limites de la congestion, par exemple, dans la région sus-épineuse, concouraient eux-mêmes à faire reconnaître l'existence d'une phthisie chez les trois malades dont la congestion pulmonaire sanguine avait son siége à la partie antérieure et supérieure de la poitrine.

Ainsi, supposé que la congestion sanguine active occupât sans complication de phthisie la partie antérieure du sommet de la poitrine, ce qui paraît devoir être fort rare, on pourrait la distinguer de la tuberculisation des poumons par la différence de leurs signes présents et par l'absence des signes du passé de la phthisie ; et, en supposant qu'il existât une complication de tubercules, cette complication serait reconnue par les circonstances opposées, et cela d'autant mieux que, d'après les trois seuls exemples que nous en avons observés, la congestion sanguine active que provoque la présence des tubercules ne paraît survenir qu'à une phase déjà avancée de la première période.

2°. Toutes les fois qu'une bronchite un peu intense manifeste ses symptômes à la région antérieure de la poitrine, on est privé du secours des signes locaux de la première période de la phthisie, masqués par les précédents, pour décider s'il y a ou non complication de tubercules. Dans quel-

ques cas de ce genre, on est d'autant plus exposé à l'erreur, que le siége des symptômes de bronchite au sommet de la poitrine, que les symptômes généraux qui l'accompagnent, que la marche un peu lente de la résolution, la constitution faible du malade, quelquefois même l'existence antécédente de rhumes, de toux, d'un peu d'altération de la voix, semblent concourir à exciter la pensée d'une phthisie, bien que dans le fait elle n'existe pas, ainsi que le prouve suffisamment, dans la suite, le rétablissement complet de la santé du malade. J'ai rencontré plusieurs fois cette trompeuse association de symptômes et de circonstances, et je dois avouer que la seule chose qu'il me semble convenable de faire en pareil cas, est d'attendre, pour se prononcer, que les signes de la bronchite aient disparu. On voit alors si les symptômes généraux persistent, et si les signes locaux de la tuberculisation, qui ne sont plus masqués par les râles de la bronchite, se sont dévoilés. Si l'on devait absolument établir le diagnostic pendant l'existence même de la bronchite, on pourrait, il est vrai, par une analyse bien attentive du présent et du passé du malade, arriver souvent à un jugement exact, mais souvent aussi on s'exposerait à l'erreur. Le fait de la bronchite ne pourrait être douteux pour aucun observateur, mais celui de la complication de tubercules pourrait rester fort obscur, ou même impossible à décider pendant toute la période d'existence des symptômes généraux et des signes locaux de la bronchite.

3°. La pneumonie simple du sommet d'un poumon, surtout en avant, est chose bien rare. Rien qu'un siége aussi inaccoutumé éveille déjà cette pensée : que la pneumonie pourrait bien n'être qu'une complication accidentelle, déterminée surtout par la présence de tubercules dans le poumon. C'est là ce que l'on observe le plus ordinairement. J'ai cependant été témoin deux fois de l'existence d'une pneumonie de la région antérieure et supérieure du poumon gauche,

sans complication de tubercules, ou au moins sans que les malades, qui étaient deux femmes, nous aient présenté, ni dans le passé, ni dans le présent, ni dans la marche consécutive de leur affection, rien qui pût autoriser la pensée de cette complication. Il serait prudent de se conduire dans ce cas exactement comme dans le précédent, c'est-à-dire d'attendre la résolution de la pneumonie, et de n'établir son jugement que sur les signes locaux et généraux qui resteraient après la disparition de ceux qui sont propres à la pneumonie; à moins, toutefois, que, à l'exception du siége spécial de la pneumonie, toutes les autres circonstances ne fussent contraires à la pensée d'une tuberculisation.

Certaines phthisies aiguës, à début brusque, à marche rapide, à forme miliaire, à symptômes généraux fort intenses, à phénomènes locaux qui passent rapidement d'un degré à l'autre, qui atteignent en peu de temps les degrés élevés des altérations de timbre, qui envahissent de prime-abord une grande partie des poumons, et s'accompagnent de symptômes graves d'asphyxie, pourraient quelquefois, assez facilement, être confondues avec une pneumonie ordinaire qui occuperait spécialement la partie antérieure de l'un des poumons. On a, dans ce cas, un bon caractère différentiel dans le siége toujours double de la phthisie; tandis qu'il est extrêmement rare de voir la pneumonie envahir les deux poumons à la fois. De plus, quand elle a son siége en avant, la pneumonie simple occupe plutôt les parties inférieures que les parties supérieures du poumon, et c'est l'opposé dans la forme de phthisie que je viens de rappeler. Dans cette forme aiguë, miliaire, il est rare que les signes locaux occupent uniformément et à peu près au même degré toute la région antérieure du poumon; de même que l'infiltration tuberculeuse, ces signes sont dispersés çà et là sous forme de groupes, tandis que la pneumonie occupe presque toujours d'une manière uniforme, surtout chez l'adulte, une étendue

et une masse plus ou moins considérables de l'organe. Chez l'enfant, il est vrai, la pneumonie peut être lobulaire et se rapprocher par là de la forme de phthisie dont je parle; mais il est rare qu'elle ait son siége à peu près exclusif à la région antérieure, et, d'autre part, la phthisie miliaire, aiguë, rapide, dont il est question, est peu commune chez l'enfant. Dans cette forme de la phthisie, d'ailleurs, on ne trouve rien qui ressemble au râle crépitant de la pneumonie; et, supposé que le râle crépitant soit masqué par quelque autre bruit anormal, on a encore les crachats rouillés qui ne manquent presque jamais dans la pneumonie et qui n'ont aucun analogue dans ceux de la phthisie. Les symptômes généraux des deux affections diffèrent aussi sous quelques rapports : ordinairement on n'observe pas dans la pneumonie cette chaleur âcre, mordicante, cette sécheresse aride de la peau, cette fièvre qui consume et qui quelquefois fait maigrir considérablement le malade en peu de jours; cette expression toute particulière de travail organique de la face, de détérioration de l'être, d'accablement profond avec état d'oppression intellectuelle, de distraction singulière sur le véritable siége du mal, cet état particulier d'anxiété nerveuse de la respiration et de mollesse du pouls, qui caractérisent cette forme spéciale de la phthisie. Au lieu de cet appareil de symptômes si graves et si particuliers, ce sont tout simplement les phénomènes d'oppression et de fièvre qui accompagnent ordinairement la pneumonie, seulement plus intenses, comme cela a lieu toutes les fois que cette affection a son siége sur les parties antérieures et supérieures des poumons.

Mais n'oublions pas que dans les autopsies d'individus qui ont succombé à une phthisie aiguë miliaire, telle que je viens de la dépeindre en peu de mots, il n'est pas rare de trouver indurées et plus ou moins hépatisées les parties du tissu pulmonaire qui sont intermédiaires aux noyaux tuber-

culeux, et cela dans une étendue quelquefois assez considérable. Dans ce cas, tout porte à penser qu'une pneumonie consécutive à l'infiltration tuberculeuse a accompagné la phthisie dans sa marche. Chez les malades de ce genre que j'ai observés, les symptômes locaux ont été fort obscurs; ils n'ont offert, distinctement, ni le caractère des signes locaux de la phthisie à la première période, ni le caractère des signes locaux de la pneumonie, et ont été marqués en grande partie par quelques-uns des râles de la bronchite; les crachats n'ont pas présenté la teinte rouillée qu'on observe dans la pneumonie; l'ensemble général du malade reproduisait exactement le tableau que j'ai tracé comme appartenant à cette forme de la phthisie (voy. pages 640 et suiv.); en un mot, les symptômes de la pneumonie avaient été complétement voilés par ceux de la phthisie, et ceux-ci seuls avaient frappé l'observateur. Aussi, dans les cas de ce genre, sans rejeter d'une manière absolue la pensée d'une pneumonie de complication disséminée çà et là, on devrait s'attacher surtout à la pensée de la phthisie.

Dans le diagnostic différentiel de la pneumonie simple d'avec la phthisie aiguë rapide, de forme miliaire, l'histoire des antécédents du malade peut bien, dans quelques cas, aider beaucoup à distinguer les deux affections; mais on ne devrait pas perdre de vue que des circonstances antécédentes, favorables à la pensée d'une phthisie, peuvent exister sans que celle-ci soit actuellement déclarée; d'autre part, on voit des malades succomber à la phthisie miliaire la plus aiguë, sans avoir jamais offert, dans le cours de leur vie, aucune condition, ni de constitution, ni d'hérédité, ni de santé habituelle, ni de maladies du système respiratoire, qui puisse autoriser la crainte d'une phthisie; mais alors, on trouve la cause de la phthisie et les raisons de la soupçonner, dans l'influence de certaines conditions antihygiéniques.

Au résumé, il est en général facile de distinguer une

pneumonie d'avec la forme aiguë miliaire de la phthisie, la seule avec laquelle on pourrait la confondre. Si on suppose que la pneumonie ne fait que compliquer la phthisie dont il est question, l'attention peut impunément se concentrer sur l'affection tuberculeuse, attendu que la pneumonie est ici un élément tout à fait secondaire ; dans le cas de phthisie chronique, au contraire, la complication d'une pneumonie mérite une attention toute particulière, parce qu'elle domine la marche de la phthisie. Cette complication sera facilement reconnue aux nouveaux signes locaux et généraux qui surviennent, et qui sont ceux de la pneumonie ordinaire.

4°. Il est des cas de tuberculisation générale dans lesquels la phthisie intestinale précède, dans sa marche et dans son développement successif, sinon dans son origine, la phthisie pulmonaire. Dans ces cas, il arrive quelquefois que l'attention du médecin est tout entière absorbée par la maladie de l'appareil digestif, qu'il prend pour une entérite chronique simple; pendant long-temps il épuise vainement toutes ses ressources à combattre ces symptômes; pendant ce temps la tuberculisation générale et la phthisie pulmonaire font des progrès, et il ne les reconnaît qu'au moment où il doit rester impuissant devant elles, comme il l'a été devant la tuberculisation intestinale qu'il a méconnue; tandis qu'à une époque moins avancée, il eût pu encore espérer de retarder, ou peut-être d'arrêter la marche de l'affection. Aussi, toutes les fois que se manifestent les signes d'une entérite chronique, à laquelle on ne peut reconnaître de cause bien légitime, et qui résiste opiniâtrément aux premiers moyens que l'on a dirigés contre la maladie, on doit rechercher avec soin, dans les conditions de constitution et d'hérédité du malade, dans l'histoire de ses antécédents, dans les influences antihygiéniques auxquelles il a pu être exposé, dans la marche particulière des altérations que sa santé a subies, dans la nature des phénomènes généraux observés, et enfin

dans les signes locaux fournis par l'appareil respiratoire, si cette entérite chronique ne se rattacherait pas à un travail de tuberculisation générale, et ne serait pas l'avant-coureur d'une phthisie pulmonaire encore commençante. La simple probabilité, le simple soupçon, seraient une raison suffisante d'agir comme s'il y avait certitude, c'est-à-dire d'appliquer au malade les règles d'hygiène et de thérapeutique qui conviennent à la tuberculisation générale et à la phthisie pulmonaire.

5°. La pleurésie passée à l'état chronique est, peut-être plus que toute autre affection de la poitrine, capable, dans certaines circonstances, de simuler une première période de phthisie pulmonaire. J'ai déjà dit (voyez page 433) que la pleurésie peut passer à l'état chronique indépendamment de la présence de tubercules dans les poumons, et que cette pleurésie, ainsi passée à l'état chronique, est capable de provoquer des mouvements morbides et des changements tels dans la nutrition du malade, qu'à la longue il peut en résulter une disposition générale à la tuberculisation, et par suite une phthisie pulmonaire; j'ai dit que ces changements si considérables, déterminés par la pleurésie, pouvaient survenir chez des individus primitivement sains et bien portants, mais qui ont été soumis pendant quelque temps à des influences antihygiéniques, aussi bien que chez ceux qui avaient originairement quelque prédisposition à la phthisie. Or, on conçoit facilement qu'une pleurésie chronique, dans la période où elle provoque les mouvements morbides qui doivent, à leur suite, entraîner un développement de tubercules dans les poumons, puisse simuler assez bien une phthisie pulmonaire actuellement existante. Souvent même, les symptômes généraux qui se manifestent alors sont assez exactement ceux qui correspondent à la deuxième ou troisième phase de la première période, et les symptômes locaux de ces mêmes phases sont assez bien simulés par ceux de la pleurésie chro-

nique. Toutefois, on trouve ordinairement dans les symptômes locaux des différences assez notables pour que, s'il s'agissait de prononcer à l'exclusion de l'un ou de l'autre des deux états morbides, le diagnostic ne pût guère être douteux. C'est ainsi que, dans la pleurésie chronique simple que je suppose, la fausse membrane ancienne et épaisse déposée sur la surface des poumons en occupe ordinairement toute l'étendue, n'existe que d'un côté seulement, et détermine un rétrécissement uniforme de toute l'étendue d'un seul côté de la poitrine; or, ce rétrécissement ne saurait être pris, ainsi que je l'ai dit ailleurs (chap. VII, art. 5), ni pour le rétrécissement et la déformation originels de la poitrine des phthisiques, ni pour les rétrécissements et les déformations consécutifs qu'on observe chez les mêmes malades. Les signes d'auscultation, de percussion et de palpation, provoqués par la présence de cette fausse membrane générale, auraient, de même, leur siége exclusif dans l'un des côtés de la poitrine, ce qui n'a point lieu dans la phthisie à l'époque supposée par ces signes; et, au lieu d'être bornés au sommet de la poitrine comme dans la phthisie chronique, ou bien d'être çà et là dispersés par groupes comme dans la phthisie aiguë, ils occuperaient uniformément toute l'étendue d'un seul côté de la poitrine. Les signes d'auscultation fournis par une épaisse et ancienne fausse membrane, non compliquée de tubercules, ne sauraient non plus représenter exactement les signes fournis par une tuberculisation des poumons. Enfin, en remontant avec soin dans l'historique du malade, on arriverait probablement à retrouver l'époque d'invasion de la pleurésie, sa marche, son passage à l'état chronique; dès lors, on ne saurait ignorer qu'il y a eu pleurésie, et on se tiendrait en garde contre l'erreur. Ainsi, s'il ne s'agissait que de prononcer à l'exclusion de l'un ou de l'autre de ces deux états morbides, on arriverait le plus souvent et assez facilement à un diagnostic juste; mais la difficulté n'est pas là, et ce n'est pas ainsi que

le problème doit être proposé. Cette ancienne pleurésie avec fausse membrane est-elle ou non accompagnée de tuberculisation des poumons? Voilà la question qu'il s'agit de résoudre. Déjà je me suis posé cette question (voyez la page 620), et, tout en faisant voir que sa solution importait peu à la pratique, attendu que, dans un cas comme dans l'autre, on devait appliquer aux malades les moyens thérapeutiques et hygiéniques capables de prévenir la phthisie ou de l'arrêter dans sa marche, j'ai dit (voyez la page 622) quels étaient les moyens à l'aide desquels on pouvait, dans un certain nombre de cas, parvenir à décider si déjà il y avait tuberculisation accomplie, ou bien s'il n'y avait que menace d'une tuberculisation à venir.

Les principes généraux que j'ai exposés dans les chapitres qui précèdent sont le fruit d'une étude attentive et longtemps continuée, étude de clinique et d'amphithéâtre. Je n'ai rien avancé que je n'aie vu et constaté plusieurs fois; mais les principes généraux, quelque exacts qu'ils soient en eux-mêmes, ne peuvent point s'appliquer d'une manière *absolument* exacte à tous les faits particuliers; car chaque nouveau malade représente un nouveau problème dans lequel les éléments, quoique les mêmes dans le fond, diffèrent par leur combinaison, par leur nombre ou par leur degré. Ces différences individuelles, il serait impossible de les prévoir et imprudent de les juger à l'avance. Tout ce qu'on peut faire pour la solution des problèmes à venir, c'est de mettre à la disposition des praticiens un certain nombre de *connus* à l'aide desquels ils puissent découvrir les *inconnus*. Or, c'est ce que j'ai cherché à faire en établissant les faits généraux que renferme cet ouvrage, et en exposant, à côté des faits généraux, les problèmes de diagnostic qui paraissent devoir se présenter le plus souvent, avec leur solution déjà donnée par l'observation. Il appartient ensuite à chaque observateur en

particulier de faire une application plus ou moins juste des principes généraux, et de juger plus ou moins sainement de l'analogie qui peut exister entre les problèmes déjà résolus et le problème qui est à résoudre.

J'insiste surtout sur ce fait : qu'il ne faut pas s'exagérer la valeur d'un ordre de signes pris en particulier, par exemple des signes recueillis par l'auscultation ; qu'il ne faut pas se presser de conclure d'une manière trop absolue sur la présence ou sur l'absence de cet ordre de signes, parce que, en s'exagérant l'importance de ces signes, et en les isolant, on en compromettrait la valeur, et on les rendrait ainsi responsables d'erreurs de diagnostic qui ne devraient être imputées qu'à la manière vicieuse dont on aurait procédé l'observateur. Je le répète, il est important de tenir compte de tous les ordres de symptômes, et, après les avoir considérés dans leur isolement, de les rapprocher les uns des autres, d'en peser la valeur relative, de reconstituer, en un mot, le tableau d'ensemble qu'ils représentent, sorte de personnification vivante de la maladie, et de recueillir avec soin l'expression générale de ce tableau.

CHAPITRE IX.

TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES EN GÉNÉRAL.

---

1. J'ai dit, en commençant ma seconde partie, que le but de cet ouvrage était pratique, et que mes recherches sur la première période de la phthisie n'étaient qu'un moyen d'arriver à une thérapeutique plus rationnelle et plus heureuse de cette affection. On vient de lire l'exposé de ces recherches ; voyons maintenant quelle lumière elles peuvent apporter à la thérapeutique de la phthisie.

Si jusqu'ici la médecine, armée de tous ses moyens, a lutté vraiment contre cette maladie, on a lieu de penser que ce résultat malheureux dépend, en grande partie, de ce que le diagnostic des deuxième et troisième périodes de la phthisie étant seul bien connu, et celui de la première période presque complétement ignoré, les moyens dont dispose notre art n'avaient encore été appliqués qu'à une époque où les désordres locaux et généraux étaient trop graves pour qu'on pût y remédier ; de ce que, faute de diagnostic, ces moyens étaient restés inapplicables à la seule époque des maladies organiques à laquelle il soit possible de les enrayer, l'époque de leur début, leur première période.

On pouvait raisonnablement espérer que la connaissance plus exacte des causes de la maladie, de son mode de développement, des lois qui régissent sa marche pendant le cours de cette première période encore trop peu connue, serait pour le médecin une lumière continuelle qui éclairerait les points sur lesquels il importe qu'il dirige ses efforts, ceux sur lesquels il faut qu'il les concentre, en même temps que le mode, le degré et le moment convenables pour son action.

Or, ces différents points de vue sont précisément ceux que comprennent mes recherches sur la phthisie. Ainsi qu'on a pu le voir, elles nous donnent les moyens de reconnaître la phthisie pulmonaire aux différentes phases de sa première période, au moins dans la plus grande partie des cas ; quelquefois même elles nous permettent de reconnaître l'imminence d'un travail de tuberculisation, plus ou moins longtemps avant qu'il ne soit effectué dans les poumons ; par là, et par cela même, elles nous mettent quelquefois à portée de le prévenir. Elles précisent davantage qu'on ne l'avait fait plusieurs points importants de l'étiologie de la phthisie, et appellent sur plusieurs ordres de causes l'attention sérieuse du praticien. Dans plusieurs circonstances où la

pratique se ressent de l'incertitude où est l'observateur sur le caractère, le degré, ou la marche de cette affection, elles dévoilent les principes généraux qui régissent la marche générale et les principales variétés de la maladie pendant le cours de sa première période. Elles signalent la plupart des influences qui peuvent modifier cette marche dans tel ou tel sens. Enfin elles concourent par ces différentes voies à jeter du jour sur la nature de la phthisie tuberculeuse.

J'ai dit que, comme complément au diagnostic de la première période de la phthisie, nous devions, avec M. Andral, nous livrer à des recherches de thérapeutique, dans le but de savoir si la médecine ne disposerait pas de quelques ressources encore ignorées, qui, appliquées à la première période de la maladie, offriraient des résultats moins malheureux que ceux qu'on a obtenus jusqu'ici. Ce ne sont pas ces recherches que je viens offrir dans ce chapitre, puisqu'elles ne sont point encore faites, et qu'elles demandent beaucoup de temps; mon but est seulement d'exposer les résultats que l'on peut se promettre de la thérapeutique telle qu'elle est aujourd'hui, mais appliquée à la première période de la phthisie (et non point à ses deuxième et troisième périodes), mais dirigée d'après certains principes, et, en particulier, d'après les données générales qui résultent de mes recherches sur cette affection. Ainsi, les moyens restent les mêmes, mais nous les transportons sur un autre terrain, et nous en réglons l'emploi sur des principes déduits de l'étiologie de l'affection contre laquelle on les dirige, principes qui, j'espère, auront emprunté à mes recherches plus de fixité et plus de valeur qu'ils n'en avaient. D'ailleurs, quand on parcourt la liste immense des moyens que l'art a dirigés contre la phthisie pulmonaire, il est facile de se convaincre que ce n'est pas le nombre qui leur manque, mais bien une application moins tardive et mieux dirigée. Autant que possible, je me bornerai à indiquer d'une manière générale la direc-

tion dans laquelle le raisonnement et l'observation semblent nous inviter à marcher, et je me garderai d'entrer dans des détails connus de tout le monde, et de remuer encore une fois, avec un vain fracas, cet arsenal de médicaments déjà si souvent tourné et retourné par les auteurs. Je rappelle que les considérations qu'on va lire sont particulièrement destinées au traitement de la première période de la phthisie; la thérapeutique, dans les autres périodes, est trop impuissante pour que j'aie rien à en dire.

II. 1º Empêcher, chez les enfants, le développement de la *prédisposition originelle*, en écartant des parents les causes capables d'amener à leur suite la phthisie accidentelle, ou de provoquer le développement de la phthisie héréditaire.

2º Prévenir le développement de la *prédisposition acquise*, en éloignant des individus les circonstances antihygiéniques susceptibles d'amener cette prédisposition à la phthisie.

3º Quand une fois la prédisposition à la phthisie, soit originelle, soit acquise, est développée, empêcher que le travail de tuberculisation ne s'effectue et ne se localise dans les poumons, en combattant les troubles de la nutrition qui déterminent et entretiennent ce travail, en même temps qu'on éloigne du malade les causes excitantes locales qui ont pour effet de fixer ce mouvement morbide sur les organes pulmonaires.

4º Lorsque déjà la phthisie pulmonaire est effectuée, prévenir, par l'ensemble des moyens précédents, la formation de nouveaux tubercules, et maintenir ainsi la maladie dans ses premières limites de développement et de gravité.

5º S'il est possible, la faire rétrograder, en déterminant, par toute autre voie que celle du ramollissement, la disparition des tubercules déjà formés.

6º Enfin, dans les cas où la guérison absolue n'est pas possible, se rendre maître autant qu'il se peut de la marche

de la maladie, en écartant toutes les causes capables de favoriser son développement naturel ou de l'accélérer, et en entourant le malade de tous les soins qui peuvent rendre son affection stationnaire.

7° Par là, améliorer les conditions sanitaires des individus et de la société tout entière.

Telles sont les indications à remplir; telle est la direction à imprimer à nos efforts.

III. Comme moyen de diriger nos efforts, de choisir nos ressources, d'en graduer l'action convenablement et de les appliquer à propos, mes recherches, réunies à celles des auteurs, nous donnent :

1° La connaissance assez complète des circonstances capables de développer la prédisposition héréditaire ou acquise à la phthisie; par conséquent, elles nous permettent de les éviter et de placer dans des conditions opposées les individus ou les parents des individus sur lesquels l'attention du médecin est appelée.

2° La connaissance des causes capables de mettre en jeu cette prédisposition, de provoquer le travail de tuberculisation qui en est la suite naturelle, d'appeler et de localiser ce travail dans les poumons. Elles nous donnent par conséquent le pouvoir de prévenir l'action de ces causes, ou au moins de les combattre et d'en diminuer les effets.

3° La connaissance assez précise des symptômes qui accompagnent la cachexie tuberculeuse, ou prédisposition à la phthisie pulmonaire; la possibilité, dans quelques circonstances, de reconnaître à certains caractères jusques à cette prédisposition; dès lors, la faculté d'appliquer dès ce moment les ressources dont l'hygiène et la thérapeutique disposent, et le moyen d'imprimer à ces ressources une direction conforme aux conditions générales ou particulières dans lesquelles on se trouve. Or, du moment qu'on

a la faculté de combattre les éléments premiers de la maladie, ceux sur lesquels repose son développement futur, du moment qu'on est appelé à cette époque, on a lieu d'espérer que, dans un certain nombre de cas, on empêchera la phthisie de se constituer tout entière, en l'arrêtant à cette époque de sa durée où la tuberculisation des poumons n'est encore qu'en menace, en imminence et non en réalité.

4° La possibilité, dans la très grande majorité des cas, de reconnaître le fait de la tuberculisation des poumons, dès le moment où il est accompli, même à un très léger degré; de déterminer l'étendue et le degré dans lesquels la tuberculisation s'est effectuée; par conséquent, de la combattre dès son principe et de régler toujours, comme cela doit être, sur le moment, sur le degré et l'étendue de la maladie, les moyens qu'on lui oppose.

5° La faculté de juger, avec assez de certitude, d'après un certain nombre de principes posés et de caractères connus, la marche et les tendances de la maladie, son caractère grave ou léger, ses mouvements lents ou rapides, son état stationnaire ou progressif, pour qu'on puisse régler là-dessus le choix, le degré, et l'opportunité de ses moyens.

6° La connaissance des circonstances capables de favoriser ou d'accélérer la marche naturelle de la phthisie, capables de provoquer de nouvelles éruptions de tubercules dans les poumons, connaissance assez précise pour que, en éloignant ou en combattant ces causes avec soin, on puisse, sinon déterminer la cessation complète de la maladie, du moins en borner la marche et le développement aux limites où on les a trouvés, retarder cette marche et prolonger la vie du malade de tout le temps qu'on peut dérober à la maladie.

7° La connaissance du mécanisme selon lequel les tuber-

cules encore crus peuvent disparaître du tissu pulmonaire; la connaissance du travail organique et des changements physiques qui s'accomplissent pour ce but dans le poumon; enfin, la connaissance des circonstances dans lesquelles cette heureuse terminaison paraît se manifester; lumières puissantes, qui éclairent le praticien sur le choix des moyens à mettre en œuvre pour provoquer ce mécanisme et ces changements, et pour placer son malade dans les circonstances qui ont paru favorables à cet heureux résultat.

IV. Tel est le but à atteindre, telles sont les indications à remplir pour y arriver. Voyons maintenant quelles sont pour cela les ressources de la thérapeutique. Elles sont de deux sortes : les unes hygiéniques, les autres médicamenteuses. Mais sachons d'abord quels sont les principes qui doivent nous diriger dans le choix et l'emploi de ces moyens.

Pour être fécondes en résultats, les règles de la thérapeutique de la phthisie doivent, autant que possible, être déduites de la nature même de la maladie. Si, en dehors de ces indications rationnelles, l'empirisme nous offre quelques moyens que la pratique ait admis comme utiles, nous nous empresserons de les indiquer ; mais cherchons d'abord à pénétrer la nature de la maladie, et tâchons de bien saisir les indications rationnelles qu'elle réclame.

D'après les faits que j'ai exposés dans la seconde partie de cet ouvrage, d'après ceux que les auteurs ont publiés à diverses époques, on voit que la phthisie pulmonaire se compose de deux éléments morbides principaux : 1° l'un qui apparaît le premier, qui est la condition *sine quâ non* du développement de l'autre, qui prépare le second, est cet état particulier de l'organisme tout entier, développé sous l'influence de causes presque toujours générales, qui paraît consister dans une altération particulière de la nutri-

tion, et qui fonde la prédisposition générale aux affections tuberculeuses et la prédisposition spéciale à l'affection tuberculeuse pulmonaire. 2° L'autre, qui est une conséquence naturelle mais non pas forcée du premier; qui, selon toute apparence, ne saurait se développer sans la préexistence de celui-ci; qui, le plus ordinairement, est déterminé par des causes excitantes dont l'action s'exerce surtout sur le système respiratoire, consiste dans le dépôt de la matière tuberculeuse au milieu du tissu pulmonaire. Ainsi, dans le cours d'une première époque, la nutrition s'est altérée, un certain ensemble de mouvements morbides a remplacé le mouvement naturel de composition de nos tissus et de nos liquides, les éléments de la matière tuberculeuse se sont répandus avec le sang dans l'économie tout entière. Dans cet état, il suffit qu'une cause permanente ou momentanée, naturelle ou accidentelle, appelle sur un point déterminé l'élaboration morbide encore vaguement répandue sur tout l'être, pour que la matière tuberculeuse se dépose là où se produisent avec plus de trouble et d'activité la circulation qui en apporte sans cesse les éléments et les sécrétions qui les séparent. Une fois les mouvements morbides entraînés vers cette pente, ils continuent cette direction, et de nouvelles éruptions de matière tuberculeuse succèdent à la première. Ainsi s'effectue la seconde époque de la phthisie, époque dans laquelle, passant de l'imminence à l'accomplissement, elle se constitue phthisie pulmonaire, dans laquelle l'élément local s'ajoute à l'élément général.

La facilité, la rapidité de la sécrétion tuberculeuse, l'abondance de son produit, sont en rapport avec le degré de son imminence, c'est-à-dire avec le degré de l'infection morbide générale. La marche aiguë ou chronique de l'affection est en rapport avec la rapidité et le degré de l'infection générale.

Un certain ensemble de phénomènes généraux avait surgi

dans l'économie pendant l'époque de prédisposition à la phthisie; des phénomènes locaux qui viennent se réunir aux précédents, marquent le début et la marche de son accomplissement.

Les causes qui déterminent l'apparition de l'élément général de la phthisie sont presque toujours des causes générales, c'est-à-dire qui agissent sur tout l'ensemble de l'individu, comme l'hérédité, l'habitation au milieu d'un mauvais air, etc.; ou bien des causes qui commencent à porter le trouble dans une des principales fonctions de l'économie, par exemple dans la digestion, et qui de là réagissent sur tout l'organisme, par suite de l'altération de nutrition qui, à la longue, en est résultée. Car, en définitif, c'est là, c'est à une altération de nutrition, qu'aboutissent toutes les causes capables d'entraîner la cachexie tuberculeuse. Ces causes se résument, en général, dans une action de débilitation et de perversion spéciale des mouvements organiques; action de débilitation et de perversion d'où naît, d'une part l'altération du sang qui prépare ce liquide à l'élaboration et à la sécrétion tuberculeuses, d'autre part l'état dynamique particulier et des organes et de l'organisme tout entier, qui les dispose à l'infiltration de cette matière tuberculeuse; ces causes sont essentiellement *hyposthéniques*.

Les causes qui entraînent le développement de l'élément local de la phthisie pulmonaire sont presque toujours locales; leur action s'exerce presque constamment sur l'appareil respiratoire, tantôt sur le tissu séreux, tantôt sur le tissu muqueux, tantôt sur le tissu parenchymateux de cet appareil. Elles consistent dans l'un de ces états morbides que l'on a appelés irritation et inflammation. Par suite de l'excitation locale qu'elles déterminent, elles appellent sur les poumons le travail de tuberculisation, qui, par le fait de la prédisposition générale, est dans une imminence continuelle; enfin, elles provoquent dans le tissu pulmonaire la

sécrétion tuberculeuse dont le sang répand les matériaux dans toute l'économie. Suivant le degré de cette prédisposition, suivant l'activité provocatrice des causes excitantes locales, le dépôt tuberculeux est plus ou moins considérable; suivant telles et telles autres circonstances réunies à celles-ci, la maladie locale et générale revêt un caractère plus ou moins grave, une marche plus ou moins rapide et menaçante. Les causes excitantes locales, celles qui suscitent et localisent dans le poumon la sécrétion tuberculeuse, sont essentiellement de nature *sthénique*.

Ainsi, deux ordres de causes et deux ordres d'états morbides se partagent l'empire de la maladie, tous deux opposés par leur siége et par leur nature, et les uns locaux et sthéniques, les autres généraux et asthéniques. Si la phthisie est complète, ils existent tous deux en même temps, et tous deux, par le fait même de leur nature, par les phénomènes qu'ils déterminent, réclament des moyens différents ou même opposés. Dans quelques cas de ce genre, la thérapeutique est complexe, difficile, souvent même embarrassée, et fort souvent sans résultat. Si l'élément général existe seul, c'est-à-dire si la maladie consiste dans une prédisposition générale à ce que le second élément s'accomplisse, la thérapeutique devient plus facile et plus heureuse. Les excitations locales, les inflammations que détermine souvent la présence des tubercules dans les poumons sont en moins; on n'a qu'à prévenir ou à combattre les inflammations accidentelles qui apparaissent de ce côté, ce qui est alors beaucoup plus facile; et la thérapeutique peut s'exercer sur l'état général du sujet sans être troublée, ou même empêchée, comme cela arrive quelquefois, par les moyens qu'elle est obligée d'employer contre l'état local, quand le travail de tuberculisation est effectué. Or, comme les phénomènes locaux qu'elle est obligée de combattre, au préjudice quelquefois des soins qu'elle donne à l'état géné-

ral, sont d'autant plus développés et d'autant plus exigeants que la tuberculisation des poumons est à un degré plus avancé, il en résulte que la facilité et les espérances du traitement sont à leur maximum quand il est appliqué à la période de simple prédisposition de la maladie, et que, au-delà, elles sont d'autant moindres qu'on s'éloigne davantage de l'époque du début de l'affection locale. C'est pour cela qu'il importe si fort de rechercher avec soin, et de combattre dès qu'on l'aperçoit la prédisposition à la phthisie; de rechercher et de combattre, dès qu'on a pu parvenir à les découvrir, les premières traces de la tuberculisation pulmonaire.

Ainsi, dans le fait accompli de la phthisie, deux traitements sont en présence : l'un, général, qui combat la cause première de la maladie, l'altération de nutrition des organes et les influences qui pourraient l'entretenir et l'aggraver ; l'autre local, qui surveille et combat les effets de la présence des tubercules dans les poumons, qui lutte contre les influences locales capables de favoriser le développement de nouveaux tubercules ou la marche progressive de ceux qui existent; tous deux, qui tendent à faire rétrograder la maladie, à ramener l'organisme à ses conditions normales de nutrition, à débarrasser les poumons des corps étrangers qui l'occupent et sans cesse le menacent, ou tout au moins à suspendre le développement de l'affection locale et générale, et à ralentir autant que possible ou à arrêter tout-à-fait la marche naturelle des éléments de phthisie déjà développés. On ne saurait jamais, sans de graves inconvénients, perdre de vue la nature différente de ces deux indications; leur intervention continuelle, et sagement réglée, dans les vues thérapeutiques qui dirigent le praticien, est le seul moyen de profiter des chances de succès, malheureusement trop minimes, que nous présente la terrible affection dont il s'agit. C'est probablement parce qu'on n'a pas

toujours assez fait cette distinction, parce qu'on n'a voulu voir qu'un élément dans la maladie, les uns l'élément local, les autres l'élément général, que des praticiens du siècle présent et des siècles passés, d'ailleurs hommes de grand mérite, en sont venus à proposer des traitements exclusifs et absolument opposés contre la phthisie. Les résultats contradictoires obtenus par ces méthodes contraires dépendent encore d'une autre cause : c'est que ces deux éléments morbides, l'un local sthénique, l'autre général asthénique, ne sont pas toujours également développés chez tous les sujets, et que cette différence dans le degré de leur développement ou de leur prédominance peut influer beaucoup sur le résultat de telle ou telle méthode ; c'est que les différences individuelles, les variétés de la maladie, les différences d'âge et de constitution, les influences *circum-agissantes*, dont on n'a pas tenu assez compte dans les règles de thérapeutique que l'on a tracées, et dans les relevés qu'on a faits, ont souvent une assez grande part aux bons ou mauvais résultats obtenus. On a considéré trop souvent la maladie comme *une*, et conséquemment on a posé des règles de thérapeutique trop absolues. Telle est la source des contradictions bizarres et des insuccès désespérants auxquels on est arrivé.

En général, l'élément local de la phthisie, et les causes qui l'ont produit, et celles qui l'entretiennent, réclament surtout un traitement asthénique; l'élément général au contraire, ainsi que les causes qui l'ont fait naître et qui tendent à le perpétuer, indiquent un traitement sthénique.

Le traitement général est de beaucoup le plus important; il est celui qui doit attirer d'une manière toute particulière l'attention et les soins du médecin, parce qu'il est celui qui combat la cause première de la maladie, cause incessamment agissante, qui tend non-seulement à la perpétuer mais à l'augmenter de plus en plus. Sans lui, le traitement local

resterait sans effet, car celui-ci est au premier ce que l'élément général de la maladie est à son élément local.

J'ai dit que cet élément général consistait dans une altération de nutrition des organes, qui elle-même prenait sa source dans une modification particulière des qualités naturelles du sang. Bien des faits prouvent cette altération, aucun doute ne peut être élevé sur son existence; quant à sa nature, quelques raisons portent à penser qu'elle consiste dans une diminution de ses globules rouges, de ses qualités stimulantes, et en même temps dans l'augmentation proportionnelle de son sérum. Ce n'est pas là certainement tout le secret de la maladie, car ces altérations se retrouvent dans bon nombre d'états morbides bien différents de la cachexie tuberculeuses; quelque chose reste au-dessous du voile qui couvre ordinairement les mystères de la pathogénie; mais ce qui apparaît est d'accord en théorie avec ce que l'observation nous apprend sur la nature des affections tuberculeuse; et, comme cet état du sang se rencontre le même chez presque tous les individus dont la nutrition et, par suite, l'organisme tout entier ont souffert de graves atteintes, comme l'état opposé, c'est-à-dire l'abondance des globules rouges, la moindre proportion de sérum et les qualités stimulantes, représente ordinairement un bon état de santé, on ne peut que satisfaire à une bonne indication en cherchant à rendre au sang ses qualités normales, et, par suite, à replacer l'organisme tout entier dans de meilleures conditions de nutrition que celles où il se trouve sous l'influence de la phthisie; en un mot, en agissant en sens inverse des causes antihygiéniques débilitantes qui, par leur action prolongée, ont entraîné la maladie. — Action long-temps soutenue de conditions antihygiéniques; par suite, altération de nutrition, mouvements morbides généraux plus ou moins apparents; influence locale plus ou moins marquée, à la suite de laquelle il se dépose

dans les poumons une matière qu'on nomme tuberculeuse; c'est là, en effet, tout ce que nous pouvons saisir dans l'histoire de la phthisie pulmonaire qui se développe sous nos yeux. Dès lors, rationnellement parlant, c'est là tout ce qu'il nous est possible de combattre. Si le hasard, l'empirisme viennent à signaler quelque moyen qui s'adresse plus profondément, plus spécialement au principe occulte de la phthisie, nous l'accepterons avec empressement; jusque-là, aucun moyen sérieux ne nous est offert, et il convient de nous en tenir aux indications rationnelles; mais on peut être convaincu qu'en les remplissant fidèlement on fera encore beaucoup de bien, et on diminuera beaucoup le mal si grand, si universellement répandu, causé par cette affection.

Ainsi, en thèse générale, tous les moyens, et hygiéniques et médicamenteux, capables de reporter dans l'économie le développement, la force, l'activité des organes et des fonctions, enfin de ranimer, d'exciter et d'entretenir la vie qui s'y est affaiblie, composeront le traitement à opposer à l'influence générale de la maladie. L'hygiène fournit le plus grand nombre de ces moyens, je vais bientôt les passer en vue; quant aux substances médicamenteuses, elles devront être prises principalement dans la classe des toniques, quelquefois dans la classe des excitants. Plus loin j'entrerai dans quelques détails à ce sujet.

J'ai rangé sous deux types les différentes formes de la phthisie, l'une primitivement aiguë, l'autre primitivement chronique. Cette dernière est de beaucoup la plus commune; son caractère est essentiellement asthénique; elle se transmet le plus souvent par hérédité; elle se manifeste particulièrement chez des individus d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution; elle se rapproche essentiellement, parsa nature, des maladies scrofuleuses, dont, le plus souvent, elle semble n'être qu'un mode exagéré de manifes-

tation. C'est surtout à cette forme de la phthisie que s'applique le traitement altérant, tonique, analeptique et quelquefois excitant, dont je viens d'exposer le principe général; et, comme cette forme est de beaucoup la plus commune, il en résulte que ce traitement est celui qui, en règle générale, s'accorde le mieux avec ce que nous savons de plus précis sur la nature, le mode de développement et la marche de la maladie, celui qui nous offre les meilleures chances de succès.

Cette manière de traiter la phthisie est d'ailleurs connue et employée depuis fort long-temps; nombre de témoignages puissants, de succès autrefois très vantés, pourraient être cités en sa faveur; je me contenterai de faire remarquer que ceux qui ont employé cette méthode, ne l'ont appliquée en général qu'à des périodes avancées de la phthisie, c'est-à-dire dans des circonstances où la gravité du mal ne permettait pas de juger de son efficacité; que la double indication du traitement local et du traitement général n'était point et ne pouvait être appréciée comme aujourd'hui; que l'étiologie de l'affection étant très imparfaite alors, on était souvent exposé à laisser persistante l'action de quelques-unes des causes capables de développer la maladie, capables d'amener une seconde éruption de tubercules, et de favoriser la marche progressive de l'affection; que l'influence exercée sur la marche de la maladie, sur ses tendances, sur le caractère qu'elle revêt, et, dès lors, sur le résultat du traitement, par les variétés morbides, par les circonstances de constitution, etc., étant peu connue, on ne pouvait, comme on est en mesure de le faire maintenant, saisir les indications particulières qui contre-indiquent ou qui modifient l'application de la règle générale. Au lieu qu'aujourd'hui, pour ne parler même que de la première période de la maladie, nous sommes à même, dans le plus grand nombre des cas, d'apprécier les diverses circonstances

qui pourront réclamer une modification, une suspension ou une direction spéciale dans la méthode générale et rationnelle de traitement de la phthisie, que je vais exposer.

C'est ainsi que dans la phthisie aiguë primitive, qui toujours porte avec elle un cachet particulier de quelque chose de sthénique, qui, à un affaiblissement réel de l'organisme, joint une apparence de surexcitation générale, souvent même une réaction fébrile ataxique, il faudrait surtout avoir recours aux moyens de l'hygiène, renoncer aux substances médicamenteuses excitantes, et n'user qu'avec modération de celles qui appartiennent à la classe des toniques. La réaction fébrile qui accompagne ordinairement cette forme de la phthisie doit aussi rendre très circonspect sur le régime succulent, qui, d'après le principe précédemment posé, convient à l'autre forme de la phthisie; quelquefois même il peut devenir nécessaire d'imprimer à la thérapeutique une direction tout-à-fait différente de celle qui convient au traitement de la phthisie chronique.

En thèse générale, l'élément local de la phthisie pulmonaire, qui consiste essentiellement dans une grande excitabilité, dans une susceptibilité morbide très développée des organes respiratoires, quelquefois dans l'inflammation de quelques-unes de leurs parties, doit surtout être combattu par des moyens asthéniques, parmi lesquels nous trouvons principalement ceux qu'on nomme émollients et antiphlogistiques, et ceux qui sont sédatifs du système nerveux. On doit éviter avec le plus grand soin, à moins de quelques indications rares et tout-à-fait spéciales, tous les moyens locaux excitants que pendant long-temps on a eu l'habitude d'employer dans un but thérapeutique, et que beaucoup de personnes emploient encore aujourd'hui (1).

(1) Je ne ferai à cette règle que deux exceptions : l'une est relative au chlore, encore cette exception ne peut-elle être qu'en faveur des périodes les plus avancées de la phthisie, car n'ayant d'autre propriété que celle

Tels sont donc, en règle générale, les principes qui, dans l'état actuel de la science, semblent devoir diriger la thérapeutique de la phthisie pulmonaire considérée surtout dans le cours de sa première période : traitement local asthénique, traitement général sthénique ; emploi simultané ou successif de ces deux ordres de moyens, emploi continuel du second, emploi circonstanciel du premier. Mais, je le répète, à côté du principe général on ne doit jamais perdre de vue les modifications à ce traitement que peuvent réclamer

d'être désinfectant, peut-être aussi de diminuer la sécrétion purulente fournie par l'intérieur des cavernes pulmonaires, il ne peut et ne doit trouver d'application utile qu'à la troisième période de la phthisie. Ma seconde exception est pour un moyen que j'ai employé avec avantage, non plus contre la maladie elle-même, mais contre un de ses symptômes les plus fatigants, contre la toux. Ce moyen est surtout applicable aux premières périodes de la maladie. J'ai l'habitude de conseiller aux malades qui se plaignent le plus de la toux, les fumigations suivantes : On compose, avec les poudres de racine de guimauve et de racine de belladone délayées dans de l'eau de pavots, une pâte un peu humide avec laquelle on fait de petites boulettes ; le malade les laisse tomber successivement sur une plaque de fer chauffée, et respire la vapeur qui se dégage. Il a soin de rejeter les boulettes aussitôt qu'elles commencent à se charbonner. D'abord il n'aspire qu'une faible partie des vapeurs qui s'élèvent, puis insensiblement il s'y accoutume et les reçoit tout entières. Il vaut mieux que le malade reçoive ces vapeurs par les narines que par la bouche ; elles pénètrent ainsi plus directement dans les voies respiratoires, et le sentiment de plénitude qui en résulte est beaucoup moins marqué ou presque tout-à-fait nul. On augmente successivement la quantité proportionnelle de poudre de belladone qui entre dans la composition de la pâte que je viens d'indiquer, et on finit par la composer avec cette poudre seulement. On peut aussi employer l'extrait de belladone dissous dans l'eau de guimauve ; mais les malades préfèrent en général le mode précédent. Le premier effet qu'ils ressentent de ces fumigations, est un sentiment d'un peu d'excitation et de plénitude dans la poitrine, mais un sentiment de bien-être succède ensuite et persiste, et les malades s'accordent à dire que leur toux et les sensations morbides que quelques-uns d'entre eux éprouvent dans la poitrine sont beaucoup calmées par ce moyen. On peut faire ainsi jusqu'à trois fumigations par jour, chacune de quelques minutes de durée.

la constitution individuelle, les circonstances particulières qui entourent le malade, les conditions habituelles de santé dans lesquelles il se trouve, l'espèce de la phthisie, sa marche lente ou rapide, et le degré auquel elle se trouve.

L'organisme tout entier ayant subi une profonde altération, on ne peut pas espérer de le ramener en peu de temps à ses conditions primitives, surtout si déjà la tuberculisation s'est effectuée dans les poumons. Il faut donc insister longtemps sur le même traitement et se garder de l'interrompre ou de le cesser, soit que le malade témoigne de l'impatience sur la lenteur de ses effets, soit que, trompé par une amélioration momentanée, il se dise et se croie guéri de son affection. Souvent la phthisie présente ainsi, pendant son cours, et surtout dans ses commencements, de capricieuses intermittences pendant lesquelles les symptômes s'interrompent et les malades font douter, par leur état apparent de santé, du diagnostic que l'on avait porté d'abord. Si, pendant ces périodes de mieux local, on a eu l'imprudence d'interrompre le traitement général et de diminuer la vigilance attentive avec laquelle on surveillait les influences extérieures, l'élément général de la maladie continue ses progrès.

J'ai exposé, à la page 803, les principales indications que réclame le traitement de la phthisie pulmonaire : empêcher de se manifester la prédisposition à la phthisie, soit innée, soit acquise; quand déjà cette prédisposition s'est développée, empêcher qu'elle ne se réalise en un travail de tuberculisation sur les poumons; si la phthisie pulmonaire est effectuée, prévenir la formation de nouveaux tubercules; faire rétrograder et disparaître tout-à-fait, s'il est possible, la maladie locale et générale; sinon, s'emparer de sa marche et, autant qu'il se peut, la rendre stationnaire. J'ai dit aussi, à la page 804, les moyens dont nous pouvions actuellement disposer pour atteindre ces différents buts. Aux pages 806

et suivantes, j'ai exposé les principes qui devaient nous guider dans le choix et l'usage de ces moyens. En définitif, quand on rapproche les divers éléments du traitement de la phthisie, on voit qu'ils convergent tous vers ce même point : prévenir l'action des causes, en diminuer l'influence quand elles se sont manifestées, et en combattre les effets, soit locaux, soit généraux, quand déjà ils sont accomplis. Deux classes de moyens nous sont offerts pour cela, les uns hygiéniques, les autres médicamenteux.

ARTICLE PREMIER.

MOYENS HYGIÉNIQUES.

Les moyens hygiéniques concourent à la fois au traitement préservatif et au traitement curatif. Le traitement préservatif continue son heureuse influence lors même que la maladie serait effectuée dans un de ses éléments ou même dans tous les deux. En effet, si la cachexie tuberculeuse générale est développée, le traitement préservatif empêche l'accomplissement de l'élément local de la phthisie, en même temps qu'il est curatif des effets produits sur tout l'organisme par l'action des causes générales. Si déjà une première éruption de tubercules s'est effectuée dans les poumons, il prévient le développement de nouveaux tubercules dans ces organes, soit en surveillant les causes locales qui pourraient le provoquer, soit en combattant l'action et les effets des causes générales qui, en entretenant l'état cachectique de l'organisme, tendent à fournir sans cesse aux sécrétions morbides du poumon une nouvelle quantité de matière tuberculeuse. Ainsi, le traitement hygiénique ne cesse pas d'être préservatif, lors même qu'il est curatif, car la maladie étant constituée par deux éléments, l'un cause, l'autre effet, le

traitement qui combat le premier est en même temps préservatif du second.

Les moyens hygiéniques sont beaucoup plus puissants, plus précieux au médecin que les moyens médicamenteux; c'est là surtout, dans l'état actuel de la science, qu'est la clef du traitement de la première période de la phthisie. C'est à une mauvaise observance des règles de l'hygiène qu'appartiennent les causes qui, à la suite d'une action graduelle et prolongée, ont pu modifier assez profondément l'organisme pour que cet homme, dans la force de l'âge, que nous avons vu autrefois robuste, d'une force presque athlétique, d'un tempérament sanguin, d'une santé brillante, et d'ailleurs né de parents sains et forts comme lui, soit tombé dans l'état de cachexie tuberculeuse où nous le voyons aujourd'hui; c'est à l'hygiène surtout, c'est à un sage retour vers les lois qu'elle consacre, qu'il peut être donné de faire rentrer l'organisme en tout ou en partie dans ses conditions naturelles. Les moyens médicamenteux ne font que seconder plus ou moins heureusement l'action de l'hygiène; sans elle, ils resteraient tout-à-fait impuissants. Appliquée à la première période de la phthisie, appliquée surtout à la période de simple prédisposition, l'hygiène résume presque entièrement à elle seule tout ce que peut aujourd'hui la médecine contre cette terrible affection. C'est en cela que l'étude des différents ordres de causes qui agissent dans le cours de la phthisie, qui influencent son développement primitif ou secondaire, qui préparent la disposition cachectique générale, ou excitent la sécrétion tuberculeuse locale, qui favorisent sa marche naturelle ou exercent sur elle une influence accélératrice, est la vraie source à laquelle il faut aller puiser et les indications à remplir et les inspirations que tant d'hommes de talent ont cherché si long-temps et si vainement dans les hasards de l'empirisme. Pénétré de cette vérité, j'ai dirigé surtout dans ce sens mes recherches sur la

première période de la phthisie, et je me suis convaincu de plus en plus que tel devait être le principal champ de bataille et d'observation de la médecine contre la phthisie pulmonaire; s'il y a quelque avenir plus heureux pour la société qu'elle dégrade et qu'elle dépeuple chaque jour, c'est là surtout qu'il faut le chercher. Mais l'hygiène est ce qui préoccupe le moins les particuliers et les gouvernements : le médecin est, à chaque instant, obligé de subir et l'aveugle incurie des uns et la froide indifférence des autres.

Comme fait général, résultat de mes recherches, je dirai que les conditions plus ou moins hygiéniques dans lesquelles le malade vit ou a vécu; que ses conditions primitives et consécutives de constitution, de santé et de maladie, déterminées elles-mêmes, en très grande partie, par les conditions plus ou moins hygiéniques dans lesquelles ses parents ou lui-même ont existé, exercent la plus grande influence sur le développement de la phthisie, sur sa marche plus ou moins stationnaire ou rapide, sur sa terminaison telle ou telle.

§ I. *Soins relatifs à l'influence de l'hérédité.*

Il résulte d'un certain nombre de mes observations (voyez page 416) que l'influence héréditaire que subissent les enfants nés de parents tuberculeux est moindre lorsque la phthisie à laquelle les parents ont succombé était acquise, que lorsqu'elle était héréditaire. La phthisie à sa première génération est donc moins dangereuse dans la transmission héréditaire qu'à sa seconde ou troisième génération. Ce fait général résulte également des observations de quelques auteurs. On a remarqué, en effet, que, dans les familles tuberculeuses, les enfants mouraient phthisiques de plus en plus jeunes à mesure que les générations se succédaient, et que souvent ces familles s'éteignaient dès la troisième génération, surtout quand des mariages avaient été contractés entre des

individus entachés du même vice. Il est donc d'une très haute importance que les parents, soit pour eux-mêmes, soit pour les enfants auxquels ils donnent naissance, se mettent à l'abri des circonstances antihygiéniques capables de développer la prédisposition tuberculeuse. Si déjà ils ont eux-mêmes reçu en naissant cette prédisposition, il importe à un haut degré qu'ils évitent avec le plus grand soin les causes capables de la féconder, afin de l'éteindre à la génération qu'ils représentent, ou au moins de l'amoindrir beaucoup, et de diminuer d'autant, ou de faire cesser tout-à-fait sa transmission à la génération suivante. Si les mêmes précautions étaient employées auprès des enfants qui résultent de cette union, on serait à peu près sûr d'éteindre dans les familles, à la seconde ou troisième génération, le vice héréditaire qui, sans ces précautions, se multiplie à chaque nouvelle transmission, et a bientôt éteint la famille au lieu de s'éteindre lui-même.

Je viens de faire pressentir que les alliances telles ou telles peuvent exercer une grande influence sur la santé des enfants qui en résultent : 1° par exemple, il est reconnu depuis long-temps que les alliances contractées entre les membres d'une même famille ont pour résultat de faire dégénérer les races, d'affaiblir les générations suivantes, de les prédisposer à un certain nombre de maladies et surtout aux maladies cachectiques, enfin de conduire, au bout d'un certain temps, à la dégradation physique des familles, et quelquefois même à leur extinction. De là, les lois civiles et religieuses qui mettent obstacle aux mariages entre parents, lois très sages dans leur principe, mais trop faciles à éluder. « Il est hors de doute, dit le docteur Mason Good (1), que des alliances entre les branches collatérales d'une même famille tendent plus que toute autre chose à entretenir, multiplier et aggraver les prédispositions héréditaires. » « On

(1) Etudes sur la médecine. Vol. 5, p. 35.

doit éviter avec soin, dit M. Clark (1), les alliances dans les familles, parce que c'est une source fertile de scrofules et un moyen de détérioration des forces physiques et intellectuelles. » 2° Le mariage entre individus faibles, débiles, valétudinaires, atteints de maladies chroniques plus ou moins anciennes et incurables, ne manque presque jamais de produire des enfants d'une constitution très faible, impressionnables aux plus légères atteintes morbides, souvent scrofuleux ou rachitiques, et déjà prédisposés à subir d'une manière fâcheuse l'influence de causes qui n'auraient eu aucune prise sur d'autres, et qui amènent chez eux, souvent avec la plus grande facilité, la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire. Disons, en thèse générale, que plus les individus qui s'unissent sont sains et bien portants, plus est saine, bien portante et bien développée la race à laquelle ils donnent naissance; que plus les individus entre lesquels une alliance a été contractée sont maladifs et de constitution débile, plus seront faibles, maladifs et prédisposés à la cachexie tuberculeuse, les enfants qui en naîtront. L'influence héréditaire est moindre, quand un seulement des deux individus qui se marient est dans de mauvaises conditions ordinaires de santé. Ce principe, qui est un des éléments les plus importants du bonheur et de la prospérité des familles, est cependant un de ceux que l'on consulte le moins dans notre société telle qu'elle est constituée. Il est même fort rare qu'on demande, à ce sujet, conseil aux médecins. On ignore, ou l'on fait semblant d'ignorer, que derrière ce présent qu'on ambitionne si fort, poussé qu'on est par tel ou tel sentiment, est caché un avenir de chagrins pour les parents, d'impuissance et de misères pour ceux qui leur doivent le jour. 3° Mais les alliances entre individus phthisiques ou prédisposés à le devenir sont bien plus fâcheuses encore. Les conséquences sont moins graves quand l'un des deux seu-

(1) Traité de la Consomption pulmonaire, p. 261.

lement est tuberculeux. Je n'ai rencontré que très rarement, dans mes observations, des individus dont les réponses pussent faire penser que leur père et leur mère fussent morts phthisiques, ou fussent actuellement atteints de phthisie (1); mais, depuis quelques années que je m'occupe de la recherche des influences héréditaires, je n'ai aussi rencontré que très peu de malades dont le père ou la mère paraissaient être morts de phthisie ou être encore atteints de cette affection, qui, eux-mêmes, ne nous aient laissé au moins quelque soupçon, quelque doute sur l'état de leur poitrine.

D'après mes observations (voyez page 419), les maladies chroniques des appareils digestif et sécrétoire paraissent être, entre les maladies des différents systèmes de l'économie (la phthisie étant exceptée) celles qui, en s'exerçant sur les parents à un assez haut degré, influencent davantage la constitution et la santé des enfants auxquels ils donnent naissance, celles qui prédisposent davantage ces mêmes enfants à subir l'influence des causes de la tuberculisation, par le fait même de l'état de faiblesse de leur organisme. L'attention des parents devrait se fixer particulièrement sur les maladies de ce genre dont ils sont atteints; ils devraient ne pas les laisser invétérer. Les résultats obtenus par M. Clark sont presque tous conformes à ceux que m'a fournis ma propre observation : « Les enfants de ceux qui sont en proie à des affections dyspepsiques, dit ce médecin distingué, à la goutte, aux maladies cutanées, ou à quelques autres maladies chroniques provenant d'un dérangement des organes digestifs capable de produire une certaine influence sur la constitution, ces enfants sont très fréquemment atteints de scrofules

(1) Ce qui, peut-être, dépend de ce que les enfants qui résultent de pareils mariages meurent presque toujours fort jeunes, et dès-lors ne peuvent faire partie de mes observations, qui portent presque exclusivement sur des adultes.

ou sujets à des dérangements fonctionnels qui prédisposent à la cachexie tuberculeuse (1). »

Ces questions, comme plusieurs de celles que j'aurai à soulever dans le cours de cet article, intéressent au plus haut degré l'hygiène publique, ainsi que l'avenir des sociétés et des gouvernements. Le médecin est impuissant devant les préjugés, devant les usages et les intérêts qui protègent plusieurs des influences funestes sur lesquelles je m'efforce d'appeler l'attention. Les autorités administratives et religieuses auraient seules le pouvoir de faire cesser ou au moins de diminuer ces influences : l'une en agissant sur l'esprit des individus, l'autre sur leurs intérêts matériels ; l'une, en exerçant la persuasion, l'autre en s'armant d'une sage puissance. Que de bien pourraient faire ces deux autorités réunies dans un même but ! Quant aux moyens de l'atteindre, je laisse aux Nestors de la médecine, aux législateurs qui ont vieilli dans l'étude approfondie de la constitution physique et morale de l'homme, le soin de donner des conseils ; je me borne à dire, d'une manière générale, que l'art et l'hygiène auront toujours beaucoup moins de prise sur les individus isolés que sur les réunions constituées d'individus, sur les corporations quelconques. Là, en effet, la petite société, dominée par la grande, peut vouloir le bien, et exiger son exécution malgré les oppositions individuelles. De ce principe, fécond en applications, peuvent découler une grande organisation sanitaire, et peut-être de grands résultats. Peut-être plus tard développerai-je cette pensée.

§ II. *Soins relatifs à l'influence des fonctions utérines chez la femme.*

Les troubles de la menstruation ont souvent pour effet de jeter l'organisme tout entier dans un état de faiblesse, d'i-

(1) Clark, Traité de la Consomption, p. 260.

nertie vitale, d'altération des fonctions nutritives, qui prédispose singulièrement, de l'avis de presque tous les médecins, à subir l'influence des causes de la cachexie tuberculeuse et de la phthisie pulmonaire; tel est, par exemple, l'état chlorotique. Il est donc important de combattre de bonne heure ces dérangements, afin qu'ils n'entraînent pas cet état de l'organisme que je signalais tout à l'heure; et cela surtout chez les jeunes personnes débiles, prédisposées par leur faible constitution, par leur santé délicate, à subir les conséquences de ces dérangements et de cet état funeste de l'organisme. Il est donc important, pendant le cours d'une chlorose, plus encore que dans les autres circonstances de la vie d'une jeune fille, de l'entourer plus que jamais des sages précautions de l'hygiène, et d'éloigner d'elle avec soin les causes capables d'imprimer aux mouvements morbides qui s'accomplissent alors au sein de l'organisme, une fâcheuse direction vers la cachexie tuberculeuse.

Aucune recherche ne m'a mis encore à même de savoir si l'état chlorotique, dans lequel une femme a passé une partie de sa jeunesse, est capable d'influencer désavantageusement la constitution et la santé des enfants qui naissent de son mariage; mais, si nous consultons l'analogie, les faits que j'ai exposés dans la section précédente nous autoriseront à conclure par l'affirmative; nouvelle raison de ne rien négliger pour faire cesser de bonne heure ces dérangements de la menstruation, qui tendent à altérer plus ou moins profondément l'organisme, et à réagir sur l'avenir de la mère et des enfants.

Mes propres observations, d'accord en cela avec celles des auteurs, établissent bien positivement ce fait général, que les dérangements de la menstruation qu'on observe chez les femmes phthisiques sont effets et non pas cause de la phthisie, qu'ils sont postérieurs et non antécédents au développement de cette affection. Toutefois, il est un certain nombre

de malades chez lesquelles le dérangement des règles a bien évidemment précédé les premiers symptômes de la phthisie. Cette distinction est importante à rechercher et à établir, car on a remarqué que, dans le premier cas, qui est de beaucoup le plus général, on ne réussissait ordinairement par aucun moyen à rappeler les règles disparues; tandis que dans le second, les moyens ordinaires de rappeler les règles étaient souvent suivis de succès, et que, presque toujours, dans ce cas, le rétablissement de la menstruation avait une heureuse influence sur la marche de la phthisie.

Il résulte également de mes recherches que si, pendant le cours de la phthisie, une cause accidentelle occasionne un dérangement notable ou une brusque suppression des menstrues plus ou moins bien conservées jusque-là, la marche de la phthisie en éprouve une influence fâcheuse; dès lors, tant que les règles se conservent d'elles-mêmes chez une malade phthisique, il y a quelque importance à surveiller leur libre écoulement et à éviter tout ce qui pourrait en déranger le cours. C'est au médecin d'avertir la malade qui lui a confié la direction de sa santé, de l'importance de ces précautions, qu'on n'est que trop souvent disposé à négliger.

La période de la grossesse exige, de la part de la femme qui s'attend à être mère, des soins continuels et bien entendus, moins importants peut-être pour elle que pour l'enfant qu'elle doit mettre au jour. On comprend en effet, et tous les auteurs s'accordent à le dire, que toutes les influences qui s'exercent sur la mère pendant cette importante période, de manière à réagir sur la nutrition générale, peuvent avoir sur la constitution et sur la santé de l'enfant un fâcheux retentissement. Écarter avec soin les influences morbides qui tendent alors, naturellement ou bien circonstanciellement, à se manifester; les combattre avec soin quand elles se sont déclarées; autant qu'il se peut, ne pas laisser dans

l'économie un levain morbide qui, dans cette circonstance plus que dans toute autre, pourrait fomenter de fâcheux résultats et pour l'enfant et pour la mère; entourer la mère de tous les soins hygiéniques qu'elle peut se procurer, telle devrait être la règle de conduite dans toutes les grossesses. J'ai déjà dit que les affections du système digestif faisaient partie des maladies qui paraissent transmettre aux enfants les plus fâcheuses influences héréditaires; aussi, doit-on éviter avec soin, surtout chez les personnes prédisposées aux affections du système digestif, cette alimentation exagérée et stimulante que quelques personnes conseillent à tort, comme nécessaire pour soutenir la double nutrition à laquelle la mère est obligée de fournir. Un régime modérément abondant et nutritif, un peu d'exercice, un bon air, l'habitation de la campagne si cela est possible, le calme d'esprit, l'éloignement de toute fatigue, et, par-dessus tout peut-être, pour les femmes qui y sont exposées, le renoncement à la vie fatigante du monde des grandes villes, voilà, de l'avis de tous les médecins éclairés, les soins qui conviennent le mieux pendant cette importante période.

Mes observations de phthisie constatent, sur les dires de quelques malades plutôt que sur ce que j'ai pu voir par moi-même, que la marche de la phthisie pulmonaire se ralentit ordinairement pendant la grossesse, pour prendre après l'accouchement un mouvement progressif souvent très rapide. Ce fait, noté déjà depuis très long-temps et par un très grand nombre d'observateurs, autorise le conseil de surveiller avec soin les suites de couches chez les femmes phthisiques, et de redoubler alors les soins hygiéniques et thérapeutiques qui peuvent diminuer ou peut-être empêcher cette brusque accélération que la marche de la phthisie tend alors à subir. Le même fait nous signale, sous un autre point de vue que celui qui nous a occupé précédemment, les dangers du mariage chez les jeunes personnes

menacées ou déjà atteintes de phthisie pulmonaire. Ici, l'indication du mal renferme le meilleur moyen de l'éviter.

§ III. *Soins relatifs aux maladies du système respiratoire.*

J'ai dit, à la page 469, que la sécrétion tuberculeuse dans les poumons était ordinairement déterminée par une cause excitante locale, qui consiste le plus souvent dans un rhume ou une fluxion de poitrine, qui vient surprendre le malade placé sous l'influence d'une prédisposition tuberculeuse, et attirer et fixer sur les poumons le travail de tuberculisation encore vaguement répandu sous forme de menace dans toute l'économie. Tantôt ces causes excitantes locales, quand elles sont très prononcées, précipitent les mouvements morbides en vertu desquels le travail de tuberculisation tendait à s'effectuer, tantôt elles ne font que déterminer le siége de ce travail déjà en imminence au moment de leur action. La tendance toute particulière qu'ont les poumons, de préférence à tout autre organe, à devenir le siége de la première éruption tuberculeuse, fait que souvent, dans de pareilles conditions, la moindre excitation morbide étrangère qui s'exerce sur eux, suffit pour déterminer l'accomplissement de la phthisie pulmonaire. Dès lors, quelle importance n'y a-t-il pas à surveiller avec soin, chez un individu soupçonné ou convaincu de prédisposition à la phthisie, toutes les atteintes morbides qui peuvent porter sur le système respiratoire? La fâcheuse influence que les rhumes répétés, les phthisies et les pneumonies, surtout celles dont on néglige le traitement, exercent sur la marche de la maladie et sur la production de tubercules, est une raison puissante de prévenir et de combattre ces affections, avec autant de soin chez le malade atteint de phthisie, que chez celui qui n'en est encore que menacé. Enfin, la possibilité où l'on est, d'après mes observations (voyez p. 434), de voir dégénérer en phthisie

pulmonaire, chez un individu né de parents sains et lui-même primitivement très fort et très bien portant, une pleurésie avec épanchement, simple d'abord, et ensuite devenue chronique par les imprudences du malade, doit engager et celui-ci et le médecin à combattre de tous leurs moyens une pleurésie avec épanchement qui tend à devenir chronique; ils doivent écarter avec soin les influences anti-hygiéniques, qui, dans de pareilles conditions, pourraient favoriser les tendances de la maladie et les conséquences qu'elle est susceptible d'entraîner. On doit toujours, ce me semble, même chez l'individu le plus sain, traiter *très sérieusement* une pleurésie accompagnée d'épanchement un peu considérable.

Le plus ordinairement, la congestion pulmonaire sanguine active et les hémoptysies ne se manifestent que consécutivement au dépôt de tubercules dans les poumons; mais on a la même raison que pour les rhumes, etc., de les prévenir, de les combattre avec soin, et de les faire cesser le plus tôt possible, parce qu'ils ont aussi pour effet de devenir causes excitantes d'une nouvelle formation tuberculeuse, et causes accélératrices de la marche de la phthisie.

Parmi les rhumes, ceux qui sont épidémiques paraissent réclamer, sous le point de vue qui nous occupe, une attention toute particulière, parce que, plus que les autres, ils ont le pouvoir de réveiller et de mettre en œuvre la prédisposition même légère à la phthisie, parce que, plus que les autres, ils exercent une influence funeste sur le travail de tuberculisation des poumons et sur la marche de la maladie. Nous en avons acquis l'expérience pendant et après la *grippe* de 1837. La même remarque fut faite en Angleterre en 1832 et en 1833, à propos de *l'influenza* qui y régna à chacune de ces deux époques.

Quand on rapproche l'histoire détaillée des symptômes d'une phthisie pulmonaire de son anatomie pathologique, on

acquiert bientôt la conviction que, le plus ordinairement, elle se compose de plusieurs éruptions successives de tubercules. On peut même assez facilement, chez un grand nombre de malades, retrouver les diverses dates des éruptions tuberculeuses; en effet, si l'on rapproche les dates anatomiques des dates symptomatiques, on reconnaît que chaque nouvelle éruption de tubercules est le signal d'une recrudescence dans les symptômes et d'une accélération dans la marche de la maladie. Les accidents semblent être proportionnés à l'abondance de l'éruption, et l'abondance de celle-ci paraît tenir au degré de la prédisposition générale aux formations tuberouleuses, et au degré d'activité et de durée des causes excitantes locales. On voit par là de quelle importance il est de prévenir autant que possible l'action de ces dernières causes, de diminuer et de faire cesser le plus rapidement qu'il se peut leur funeste influence quand déjà elle s'est développée, enfin d'amoindrir sans cesse, par un traitement général bien dirigé et bien soutenu, la prédisposition aux formations tuberculeuses, prédisposition dont l'influence est toujours proportionnée au degré de son développement. Toutes les fois qu'une éruption de tubercules dans les poumons est très abondante, et soutenue dans ses effets par une cachexie tuberculeuse très prononcée, la maladie revêt un caractère extrêmement grave, une marche extrêmement rapide, et il suffit alors d'une première et seule éruption pour entraîner le malade. Tel est le cas de la phthisie aiguë primitive de forme asphyxique. Si la phthisie chronique revêt un caractère beaucoup moins grave, une marche beaucoup moins rapide, c'est qu'il est de la nature de cette forme de la phthisie de ne produire que des éruptions successives et peu abondantes de matière tuberculeuse, c'est qu'elle a pour caractère de n'être entretenue dans ses formations tuberculeuses que par des mouvements morbides généraux heaucoup moins précipités, moins vio-

lents que ceux de la phthisie aiguë. Il est fort rare qu'un malade succombe à une première éruption tuberculeuse pulmonaire; le plus souvent, selon toute apparence, ce n'est qu'à la troisième ou quatrième éruption que la phthisie s'engage décidément dans cette voie de progrès rapide, précurseur ordinaire de la mort prochaine du malade; et ce sont toujours, surtout dans les premiers temps de la maladie, la persistance d'action des causes générales et la reproduction plus ou moins fréquente des causes excitantes locales, qui déterminent les nouvelles formations tuberculeuses. D'après ces faits, on est autorisé à dire que : dans la grande majorité des cas de phthisie, la marche plus ou moins rapide, la durée plus ou moins longue, la terminaison plus ou moins prompte de la maladie, dépendent en grande partie et du malade et du médecin; mais le malade, aveugle sur son état, réclame ordinairement trop tard les soins du médecin.

§ IV. *Soins relatifs aux maladies des appareils digestif et cutané et à l'exercice plus ou moins régulier de leurs fonctions.*

Les maladies des systèmes cutané et muqueux sont, parmi les affections étrangères au système respiratoire, celles qui se montrent le plus souvent dans mes observations de phthisie (voyez page 425), celles qui paraissent avoir les rapports les plus directs avec la tuberculisation des poumons et la cachexie tuberculeuse générale. Pour le système cutané, ce sont les maladies aiguës exanthématiques; pour le système muqueux, les maladies chroniques du système digestif, celles qui ont pour effet de modifier plus ou moins profondément, mais d'une manière permanente, le mode actuel des fonctions digestives.

Les maladies aiguës exanthématiques s'accompagnent presque toujours, surtout la rougeole et la variole, de phé-

nomènes phlegmasiques du côté du système respiratoire : c'est ainsi, le plus souvent, qu'elles paraissent exercer leur influence de provocation sur la phthisie pulmonaire. Peut-être bien aussi que l'espèce de solidarité qui existe entre les systèmes cutané et muqueux fait que le dérangement éprouvé par le premier réagit assez puissamment sur le second (et en particulier sur le système muqueux respiratoire), pour produire les mêmes effets, pour concourir au même but que la bronchite spécifique ou la pneumonie qui accompagnent la rougeole et la variole. La prédisposition aux formations tuberculeuses, sous l'influence de laquelle se trouvent les malades, la tendance spéciale qu'ont les poumons à devenir le siége de ces formations tuberculeuses, à cause de la nature et de la continuité de leurs fonctions (qui les exposent, plus que tout autre organe, à l'action de causes excitantes locales), expliqueraient pourquoi, dans les cas de ce genre, le dérangement des fonctions cutanées retentit plutôt sur la section respiratoire du système muqueux que sur les autres parties de ce système. On concevrait alors que, non-seulement les maladies aiguës exanthématiques, mais encore toutes les affections de la peau capables de troubler un peu profondément et pendant assez long-temps les fonctions cutanées, pourraient devenir causes *occasionnelles* de la phthisie pulmonaire. On devrait surtout ranger dans ce cas, d'après la remarque des anciens médecins, les répercussions quelconques d'affections cutanées. Dans tous les cas, les maladies de la peau, soit aiguës, soit chroniques, ne peuvent point être considérées comme causes formatrices des tubercules, mais seulement comme causes déterminantes d'une phthisie pulmonaire dont le germe existait déjà dans l'économie sous forme de prédisposition, et comme causes accélératrices de la marche de la phthisie pulmonaire déjà effectuée. La variole, la rougeole, la scarlatine, sont, parmi les exanthèmes aigus, ceux qui exercent au plus haut degré l'influence fu-

neste que je viens de signaler, ceux qui doivent le plus attirer l'attention du médecin pendant le cours de leur durée, surtout chez les individus qu'on soupçonne de prédisposition à la phthisie.

D'après ce que je viens de dire, les maladies du système cutané peuvent, par deux voies différentes, provoquer le développement de tubercules dans les poumons, ou l'accélération de leur marche : ou bien seulement par l'interruption plus ou moins brusque et prolongée des fonctions de la peau, ou bien aussi par les bronchites spécifiques qui accompagnent certaines affections cutanées; ces deux voies conduisent au même but, l'excitation du système muqueux respiratoire. De ces deux modes d'influences ressortent les deux indications à suivre dans la thérapeutique préservative de leurs effets : 1° surveiller avec beaucoup de soin le libre exercice des fonctions de la peau, surtout chez les personnes qu'on soupçonne prédisposées aux affections tuberculeuses; 2° combattre avec une sollicitude attentive, surtout chez les mêmes personnes, les bronchites spécifiques et les pneumonies ou les pleurésies, qui accompagnent quelquefois la rougeole et la variole. Le premier ordre de soins est surtout nécessaire chez l'enfant : une grande propreté; des bains fréquents, d'abord tièdes, et puis, successivement, un peu frais ou même froids; de douces frictions sur la surface du corps avec une flanelle sèche, sont, en général, les meilleurs moyens d'entretenir le libre exercice des fonctions de la peau (1). Éloigner du malade tout ce qui pourrait

(1) L'usage habituel de la flanelle immédiatement appliquée sur la peau est fort avantageux à tous les âges de la vie; mais il faut avoir le soin de renouveler souvent son gilet ou sa chemise de flanelle, car, pour peu qu'ils soient imprégnés d'humidité, ils deviennent bientôt plus nuisibles qu'utiles. Il est des personnes qui conservent long-temps le même vêtement de flanelle; c'est une fort mauvaise pratique; ces personnes perdent ainsi tout le fruit des précautions qu'elles prennent. L'hygiène prescrit de

troubler ou interrompre la marche naturelle de sa variole ou de sa rougeole; rappeler bien vite à l'extérieur l'éruption qui aurait disparu trop tôt; empêcher les malades de se livrer,

changer un vêtement de flanelle tous les deux jours au plus tard, et tous les matins, s'il est possible. Il est surtout important de changer son gilet de flanelle toutes les fois qu'on éprouve un sentiment d'humidité froide entre les deux épaules ou aux aisselles. A ce propos, il est un avis sur lequel j'insisterai, parce que l'expérience que j'en ai faite sur quelques malades de la ville m'a prouvé son utilité: c'est de quitter pendant la nuit le vêtement de flanelle que l'on porte pendant le jour, et de n'en pas prendre du tout, ou de le remplacer par un vêtement d'une nature différente. Dans les premiers temps de la phthisie pulmonaire, il y a avantage à s'en passer tout-à-fait pendant la nuit, en se bornant aux seuls vêtements de nuit que l'on porte dans l'état de santé; il en sera de même à une époque un peu plus avancée, pourvu toutefois que la personne malade n'ait pas l'habitude de se découvrir involontairement la poitrine pendant la nuit. Lorsque les malades ont cette habitude, on se trouve fort bien de leur faire porter pendant la nuit, immédiatement sur la peau, un gilet ou une chemise de soie tissée ou tricotée. Pendant l'hiver, on peut, s'ils se plaignent du froid, leur faire mettre un vêtement de coton par-dessus le vêtement de soie. Les personnes auxquelles j'ai conseillé cette manière de faire m'ont dit s'être trouvées beaucoup mieux de l'usage de leur flanelle à partir de ce moment: elles s'enrhumaient, disaient-elles, moins facilement; le timbre de leur voix se conservait plus naturel; les petites douleurs *rhumatismales* ou les autres sensations douloureuses qu'elles éprouvaient fort souvent dans la poitrine, étaient devenues fort rares, ou bien avaient disparu tout-à-fait; enfin, elles résumaient leurs impressions en disant *qu'elles se sentaient mieux du côté de la poitrine* depuis le temps où elles avaient réservé leur gilet de flanelle pour le jour, et s'étaient contentées la nuit d'un simple gilet de soie, ou tout simplement d'un vêtement de lin. En effet, il y a toujours une différence de température assez marquée entre l'atmosphère de l'intérieur du lit et celle des appartements que l'on habite pendant le jour; or, l'impression fâcheuse que cette différence de température fait sur le malade à son lever, reste tout entière s'il a conservé son gilet de flanelle pendant la nuit, parce que ce vêtement n'a servi qu'à augmenter la chaleur ordinaire du lit, et à rendre plus sensible la différence de température de la nouvelle atmosphère dans laquelle il entre tous les matins. Au contraire, par la pratique que je recommande, on établit chaque matin une sorte d'équilibre entre la température à laquelle la poitrine a été exposée pendant la nuit et celle qui l'environne pendant le jour; c'est une sorte de barrière que l'on met entre la poitrine et l'atmosphère, barrière qui n'est traversée que d'une manière très gra-

au moment de leur convalescence, aux écarts de régime et aux imprudences de tous genres auxquels les entraîne naturellement leur ignorance du danger; modérer, par des calmants, par des adoucissants locaux, ou par des moyens antiphlogistiques énergiques, la bronchite spécifique inhérente à ces affections; ausculter souvent la poitrine, afin d'arrêter dans leur principe les pleurésies ou les pneumonies insidieuses qui viennent quelquefois compliquer la marche de la variole, de la rougeole, etc. : tels sont, d'une manière générale, les soins dont il importe d'entourer un malade atteint d'exanthème cutané aigu, et chez lequel on a quelque raison de soupçonner une certaine prédisposition générale aux affections tuberculeuses. J'insiste avec intention sur ce point, parce qu'on voit très souvent les premiers symptômes de la phthisie pulmonaire se déclarer à la suite

duelle. La conservation du gilet de flanelle pendant la nuit a aussi l'inconvénient de provoquer des sueurs très fatigantes pour cette classe de malades. Si, à une époque avancée de la phthisie, on avait des raisons pour faire garder aux malades leur gilet de flanelle pendant la nuit, il faudrait au moins leur bien recommander de ne pas conserver pendant le jour le gilet de la nuit, parce qu'il s'est imbibé, pendant le sommeil, d'une certaine quantité d'humidité, et qu'un gilet de flanelle humide, appliqué sur la peau, produit un effet contraire à celui qu'on en attend.

Toutes ces petites précautions d'hygiène ont l'air d'être peu de chose, quand on les considère isolément; mais on ne saurait croire combien elles sont importantes dans leur ensemble, et combien l'attention du médecin à les expliquer et à les prescrire, et la docilité du malade à les bien remplir, ont d'influence sur le succès de la pratique. Le monde, en général, se figure que notre puissance dans le traitement des maladies se résume en un ou deux moyens pour chacune d'entre elles, et il dit ensuite : *C'est telle chose qui m'a guéri*; mais le médecin qui observe sait très bien que les mille petits soins dont on entoure les malades ont souvent tout autant de part à l'heureuse terminaison de la maladie, que les médications actives qu'on a employées, et auxquelles, dans l'esprit du monde, revient tout l'honneur de la cure. Ainsi, reconnaissons que les soins éclairés et délicats qu'un malade reçoit des personnes amies qui l'entourent, et dont les femmes surtout ont le précieux secret, sont de puissants auxiliaires pour le médecin.

d'une variole ou d'une rougeole dont la marche a été plus ou moins entravée par des accidents.

Veiller au libre exercice des fonctions digestives, est aussi une mesure préservative de haute importance, surtout chez l'enfant, parce que, chez lui, les altérations de nutrition qui peuvent succéder au trouble prolongé de la digestion, sont plus faciles, plus profondes, et ont des conséquences plus graves pour l'ensemble de l'organisme. C'est, chez l'enfant, la fonction qu'il importe le plus de bien surveiller; j'ai décrit (voyez page 670), d'après MM. Todd et Clark, cet état morbide particulier du système digestif, et, par suite, de tout l'organisme, que le premier de ces auteurs a désigné sous le nom de *dyspepsie strumeuse*; or, c'est surtout quand cet état se rencontre chez les enfants qu'on doit s'attacher à le combattre, parce qu'il n'en est pas de plus capable d'amener la prédisposition tuberculeuse et la phthisie pulmonaire, si déjà elles n'existent. M. Clark (1) veut qu'on emploie d'abord les adoucissants, les délayants, le régime diététique, pour combattre l'état d'irritation dans lequel, dit-il, se trouve alors le système digestif; il recommande de remettre à une époque plus avancée du traitement l'usage des toniques conseillés par les auteurs, tels que le vin, le fer, et le quinquina. Suivant lui, en employant ces derniers moyens dès l'abord, on ne ferait qu'irriter davantage la muqueuse digestive et aggraver l'état du malade.

§ V. *Soins relatifs aux maladies des autres systèmes de l'économie.*

Autrefois, on admettait des phthisies vénérienne, goutteuse, scorbutique, rhumatismale, etc.; on pensait que ces maladies étaient des causes directes de la phthisie. et

(1) Traité de la Consomption, pages 296, 297.

que cette dernière affection était modifiée par cette alliance de manière à en recevoir un cachet particulier. On n'admet plus aujourd'hui ces espèces de la phthisie, parce que l'observation a fait reconnaître une simple coïncidence, une simple complication là où l'on croyait voir autrefois un rapport de cause à effet, et une sorte de fusion dans la nature et dans l'existence des deux maladies qui se compliquaient mutuellement. Je n'ai pas rencontré, dans mes observations de phthisie, un seul exemple de coïncidence de cette affection avec la goutte ou le scorbut; on peut même dire qu'il y a une sorte d'antipathie naturelle entre la goutte et la phthisie, parce que ces deux affections supposent des conditions de constitution et de tempérament, des altérations de solides et de liquides, qui, au moins en apparence, sont à peu près opposées; aussi le traitement général réservé à chacune de ces deux maladies est-il essentiellement différent. Ce qui réussit dans la goutte serait très nuisible dans la phthisie.

Dans les interrogations auxquelles j'ai soumis les malades que j'ai observés depuis quelques années, je n'ai pu saisir aucun autre rapport, soit direct, soit indirect, entre la phthisie pulmonaire et les maladies des autres systèmes de l'économie, que ceux que j'ai passés en revue précédemment. Ainsi que je l'ai déjà dit, les personnes faibles, valétudinaires, de quelque maladie d'ailleurs qu'elles soient atteintes, paraissent transmettre à leurs enfants la disposition qu'elles ont elles-mêmes (par suite de cet état morbifique) à subir, plus facilement que les personnes saines, l'influence des causes ordinaires de la cachexie tuberculeuse.

§ VI. *Soins relatifs à l'influence de l'air et de la lumière solaire.*

La respiration d'un air vicié, l'habitation d'un espace étroit, où la lumière ne pénètre que difficilement, et où l'air n'est que peu renouvelé, la vie recluse, sont, d'après mes recherches cliniques et expérimentales, comme aussi d'après celles d'autres auteurs, les causes les plus puissantes de la cachexie tuberculeuse et de la phthisie pulmonaire. Il n'est pas de constitution si robuste, de santé si florissante qui ne puissent à la longue subir, sous ces influences pernicieuses, les conséquences que j'indique. Les conditions d'air et de lumière solaire dans lesquelles on existe sont celles qui tiennent de plus près à la santé privée et publique; aussi ces influences devraient-elles attirer au plus haut degré l'attention des médecins et des gouvernements. C'est surtout à ces deux circonstances qu'est dû le nombre si considérable des phthisiques dans les grandes villes; c'est pour cela aussi que les malades de cette classe sont si nombreux dans quelques-unes de nos campagnes, où les habitants se bâtissent, dans des vallées basses et humides, presque continuellement occupées par un air marécageux, de petites maisonnettes à moitié enterrées dans le sol, dans lesquelles l'air et le soleil pénètrent à peine par une ouverture qu'ils font la plus petite possible, afin d'éviter le froid des saisons rigoureuses : pendant des mois entiers, ces malheureux s'enterrent là comme dans un tombeau, voyant à peine le jour, et vivant presque du même air pendant les longues périodes d'hiver. La plupart de ceux qui vivent dans ces conditions sont scrofuleux, d'une constitution très faible, d'une santé très débile; on en voit beaucoup mourir phthisiques; les enfants nés dans ces habitations y succombent souvent en bas âge, soit du carreau, soit de la phthisie; il en est ainsi, par exemple, dans certaines parties de l'Auvergne.

Réunirait-on sur un phthisique, ou sur quelqu'un menacé de le devenir, tous les autres moyens de l'hygiène et de la pharmacologie, on ne parviendrait pas à arrêter le développement de sa phthisie si on le laissait dans les mauvaises conditions d'insolation et de respiration que je signale; on pourrait retarder un peu ce développement, mais, sous d'aussi fâcheuses influences, il reprendrait tôt ou tard sa marche ordinaire. Aussi, la première chose à à faire dans le traitement préservatif ou curatif de la phthisie, est-elle de faire respirer aux malades un air pur, suffisamment renouvelé, de leur faire habiter en hiver, autant que possible, un local assez vaste, où l'air et le soleil pénètrent librement; de leur procurer, pendant ce temps de réclusion, un exercice modéré dans l'intérieur des maisons, et, en été, de les envoyer à la campagne. L'habitude de coucher dans des alcoves plus ou moins fermées, dans un lit où l'on s'enfonce trop profondément, entouré de rideaux trop épais (1), était une pratique pernicieuse, parce que, pendant presque une moitié de la vie, on ne jouissait pas de l'influence bienfaisante de la lumière, et qu'on respirait un mauvais air. Heureusement, cette habitude se perd aujourd'hui : mieux instruite des lois de l'hygiène, la mode place les lits à découvert, dans une partie des appartements où l'air et la lumière pénètrent et se renouvellent plus facilement.

Les phthisiques des classes inférieures de la société se trouvent d'abord mieux, au bout de quelques jours de leur entrée dans nos hôpitaux, parce que là ils trouvent des soins médicamenteux qu'ils ne pouvaient se procurer, un repos auquel, chez eux, ils ne pouvaient se livrer, une nourriture un peu plus saine et plus abondante que la leur, des moyens de propreté qu'ils n'avaient pas, et, enfin, un peu de calme

(1) Surtout de rideaux de laine, qui conservent facilement les émanations miasmatiques qui se produisent autour des malades.

d'esprit qu'ils ne pouvaient avoir chez eux, où la misère est la compagne presque inévitable du repos. Mais, au bout de peu de temps, quelquefois de peu de jours, l'influence de ce séjour assez peu hygiénique ne tarde pas à se faire sentir. Après une amélioration momentanée, beaucoup parmi eux retombent dans cet état de faiblesse, d'inertie physique et morale, de consomption lente, d'amaigrissement et de trouble général des fonctions, qui les avaient engagés à réclamer un lit à l'hôpital; et, bientôt, cet état ne fait que s'aggraver de plus en plus. Chez plusieurs de ces malades, sous l'influence de différentes causes réunies, les phénomènes de fièvre hectique s'aggravent, presque dès le moment de leur entrée à l'hôpital. Nous étions obligés de conseiller à ceux de ces malheureux dont la maladie était encore peu avancée, de renoncer le plus tôt possible à un séjour, qui les soulage, il est vrai, sous quelques rapports, mais qui ne peut convenir à leur maladie, et qui trop souvent ne fait que l'aggraver. Il est facile de reconnaître, par les longues interrogations que je fais subir à ceux qui entrent pour la première fois dans nos salles, ou qui nous reviennent de temps en temps, que tous ceux que l'amitié, la bienfaisance de leur famille ont pu recueillir à la campagne, à leur sortie de l'hôpital, ont, en fort peu de temps, bien plus amélioré leur santé dans ce séjour qu'ils ne l'avaient fait, en un temps beaucoup plus long, dans les salles de malades. Ce n'est pas que dans nos hôpitaux ils ne soient entourés de tous les soins qu'attire sur eux l'attentive sollicitude de l'administration ; mais ils y rencontrent des circonstances fâcheuses, à peu près inséparables de tous les grands établissements de ce genre construits au milieu d'une ville comme Paris, et ces circonstances leur sont plus nuisibles qu'à toute autre classe de malades. C'est ainsi que le matin, quand il fait encore frais, ou même très froid, on est obligé, pour ventiler les salles, d'ouvrir les croisées, quelquefois au-dessus

de leur tête ; et cet air frais, qui les pénètre subitement après une nuit passée dans la fièvre et dans la sueur, qui les surprend endormis, qui frappe directement sur leur col ou sur leur poitrine découverte, réveille à chaque instant ces affections inflammatoires du système respiratoire qui ont tant d'influence sur le développement et la marche de leur affection. Les services obligés du matin, soit le service médical, soit les services subalternes, les troublent le plus souvent dans le seul moment de sommeil un peu calme, un peu réparateur, dont puissent jouir la plupart d'entre eux (1). Un seul malade, au milieu d'une vaste salle, atteint d'affection cérébrale, trouble par son délire, et cela souvent pendant plusieurs nuits de suite, le sommeil de tous les autres ; et on ne peut le séquestrer, car, dans la plupart de nos hôpitaux, il n'existe point de petites chambres isolées, si commodes pour ces circonstances. Pendant l'hiver surtout, alors que le froid ne permet pas de renouveler l'air aussi souvent, dans de vastes salles où se mélangent tous les miasmes différents fournis par chaque malade, au milieu de la poussière et quelquefois de l'humidité qu'entraîne le balayage, couchés dans des lits entourés d'épais rideaux de laine, il s'en faut de beaucoup que les malheureux phthisiques respirent l'air pur et salubre qui leur est cependant si nécessaire. Malgré les soins des personnes chargées de surveiller les employés inférieurs de ces maisons, on est, le plus souvent, désagréablement affecté de la différence d'atmosphère que l'on rencontre en passant de l'extérieur à l'intérieur des salles ; et, cependant, l'air de l'extérieur, ordinairement enfermé entre quatre murs qu'on élève assez haut pour que les malades ne puissent correspondre avec le dehors, est bien loin de valoir l'air pur de la campagne.

(1) Car c'est le matin ordinairement que les phthisiques, même au premier degré, goûtent le meilleur sommeil, et quelquefois le seul sommeil qui soit possible à quelques-uns d'entre eux.

Des cours peu étendues, des jardins étroits, dans lesquels les malades ne peuvent se promener qu'à des heures limitées de la journée, tels sont les lieux d'exercice dans lesquels ceux qui peuvent marcher facilement ont la faculté de venir, à certaines heures du jour, neutraliser l'influence fâcheuse de l'air et de la réclusion de leurs salles. Un régime à peu près toujours le même compose la nourriture de la masse des malades admis dans les hôpitaux; quoique bonne et saine, considérée d'une manière générale, cette nourriture est loin de convenir à la plupart des phthisiques. Il est vrai que les réglements permettent aux médecins de modifier à leur gré ce régime pour les cas exceptionnels; les aliments peuvent alors être de meilleur choix, plus nourrissants, etc.; mais l'exception ne peut être en faveur des phthisiques, qui composent quelquefois la plus grande partie d'une salle; elle est seulement pour les maladies les plus graves, et les malheureux phthisiques se trouvent forcément rejetés dans la règle commune. Le laitage qui, pour eux, est une partie essentielle du régime, est fort mauvais à Paris, où il est donné par des vaches le plus souvent phthisiques elles-mêmes; d'ailleurs, il est fourni par entreprise aux hôpitaux de Paris, et la main de l'intérêt ne le rend pas pur comme le pis des vaches l'a donné. Plusieurs choses encore pourraient être passées en revue; mais je m'arrête là.

Le grand nombre des malades attteints ou menacés de phthisie, l'envahissement toujours croissant de cette affreuse maladie, la funeste influence qu'elle a nécessairement sur la société tout entière, l'avenir physique et intellectuel des populations, qu'elle intéresse au plus haut degré, sont bien je crois des raisons suffisantes pour attirer d'une manière toute spéciale la sollicitude de l'administration générale des hôpitaux et du gouvernement. L'insuffisance bien avérée des mesures et des établissements sanitaires en usage au-

jourd'hui, doit être sans cesse sous leurs yeux. La certitude qui leur est acquise, par les recherches récentes faites sur ce sujet, qu'il y a beaucoup de bien à espérer et à faire dans ce sens; que, par la connaissance plus exacte et la nécessité mieux sentie de l'hygiène, par une observance plus sévère et mieux exigée de ses lois, on peut améliorer beaucoup la santé publique et prévenir par là un très grand nombre de phthisies; qu'une heureuse influence peut être exercée sur leur marche, leur durée, leur terminaison plus ou moins lointaine par l'éloignement des causes qui agissent en sens contraires; que les funestes résultats de leur transmission héréditaire de père en fils et d'âge en âge, peuvent être beaucoup diminués; cette certitude-là, dis-je, doit les encourager et les soutenir dans leurs efforts, tandis que, d'autre part, ils pourront être heureusement dirigés dans leurs actes par les connaissances qu'on a acquises sur ce sujet. Certainement, il y a des sacrifices à faire, des difficultés à surmonter, et, ce qui est pis peut-être, des nouveautés à adopter; mais le but est assez grand pour être digne de ces sacrifices, car ce but tient sous sa dépendance une grande partie du bonheur et de la prospérité des populations. Parmi les moyens de l'atteindre que suscitent ces grandes questions, il en est qui toucheraient aux fondements mêmes de l'organisation sociale; mais, me renfermant dans le rôle que je me suis tracé précédemment, je me permettrai seulement de présenter ces deux questions: 1° Ne pourrait-on pas affecter une partie du revenu public à diriger sur un plan convenable et à aider les constructions du pauvre? Ce serait un moyen généreux de lui rendre ce qu'il a donné si péniblement. Ne pourrait-on pas le dispenser de l'impôt sur les portes et fenêtres, c'est-à-dire sur l'air qu'il respire et la part de soleil à laquelle il a droit? Alors, peut-être, il craindrait moins de faire à sa maison les ouvertures nécessaires, pour que l'un et l'autre, libres d'impôt, arrivent jusqu'à lui; ou, si

l'administration ne peut aider et diriger elle-même ces améliorations, ne pourrait-elle au moins prendre les mesures nécessaires pour que le peuple, mieux instruit de l'influence funeste qu'ont sur sa santé les circonstances que je viens de passer en revue, cherche lui-même à les éviter. Ainsi, ce n'est déjà plus un secours pécuniaire, c'est un secours d'instruction que je demande pour lui. Les démolitions de maisons et les autres grands travaux des villes ne seraient-ils pas faits plus utilement dans les quartiers encombrés d'hommes et de maisons, percés à peine de rues sombres, étroites, toujours humides, ordinairement mal situés, demeure ordinaire du pauvre, où l'air infecte que la misère y respire semble repousser jusqu'à la sollicitude des riches qui gouvernent, que dans les quartiers où on les pratique ordinairement, et où l'agrément et le luxe presque seuls les provoquent ?
2° Ne serait-il pas bien vu d'élever à la campagne, dans un endroit spacieux et bien situé, bien aéré, un établissement spécial, dans lequel on tâcherait de réunir toutes les circonstances que l'hygiène et la thérapeutique exigent pour le traitement préservatif des malades menacés de phthisie, et pour le traitement préservatif sous certains rapports, curatif sous d'autres, des phthisies plus ou moins avancées, et surtout de celles qui en seraient encore à leur première période? Là, les malheureux phthisiques ne seraient pas obligés de fuir les avantages qu'ils trouvent dans les hôpitaux, à cause des inconvénients qu'ils y rencontrent aussi; car on pourrait facilement, avec quelques sacrifices pécuniaires, augmenter les uns et diminuer beaucoup les autres. Des hommes sagement actifs, attachés à cet établissement, se consacreraient aux travaux que provoquerait cette institution, profiteraient des recherches déjà faites pour apporter les améliorations déjà puissantes qu'elles indiquent, feraient dans différentes directions des recherches nouvelles sur ce sujet, et arriveraient très probablement, au bout d'un

temps plus ou moins long, à des résultats importants, quelque incomplets qu'on les suppose. Alors, au lieu de courber la tête devant l'hydre, et de rester inutile spectateur de ses ravages, on serait sûr de lui dérober au moins quelques victimes. On dira, sans doute, que l'ignorance où restent les phthisiques sur leur affection, dans les hôpitaux où l'on reçoit toute espèce de malades, est un bénéfice pour eux, vu l'opinion générale sur l'incurabilité de leur affection; on dira que l'idée seule d'être placés dans un établissement où, de notoriété publique, les phthisiques seuls seraient admis, pourrait exercer une fâcheuse influence sur leur moral. C'est là la seule objection un peu sérieuse que l'on puisse élever contre la fondation que je propose et qui déjà a été proposée depuis long-temps. Mais, qui empêcherait de recevoir dans un pareil établissement toutes les maladies de poitrine? ce qui donnerait le change aux malades. Ils n'ignorent pas qu'il y a beaucoup d'espèces de maladies de poitrine, les unes incurables, les autres faciles à guérir; d'ailleurs, ils ne demandent pas mieux que de croire, même sur la foi de la plus légère affirmation, que leur maladie est de celles qui sont facilement curables. Cette institution aurait un autre avantage, celui de confier ce genre de malades à des médecins qui toujours auraient présente à l'esprit l'importance (bien connue des autres également) qu'il y a à combattre et à détruire de bonne heure, chez les sujets menacés de phthisie, les affections inflammatoires de la poitrine. Cette création aurait encore l'avantage de soumettre souvent à l'examen la poitrine de cette classe de malades, et de donner au médecin la facilité d'observer le début de la phthisie et de la traiter dès ce moment. Le nombre des maladies de poitrine est assez grand pour qu'on puisse en envoyer tout à la fois et à ces établissements et à ceux du centre: les maladies de poitrine les plus graves, celles qui menacent plus immédiatement la vie des malades et qui réclament un

traitement plus prompt, continueraient d'être envoyés dans les hôpitaux du centre. Qui empêcherait de n'envoyer dans le nouvel établissement que les individus menacés de phthisie et les phthisiques à un faible degré? alors, l'hygiène y serait plus facile, les succès y seraient plus grands, la mortalité y serait peu considérable, et tous les malades atteints d'affections de poitrine voudraient y être admis; et on ne tarderait pas, à la suite de la publication de quelques tables comparatives de mortalité, à se désabuser des préventions qu'aurait pu exciter d'abord la destination spéciale de l'établissement; peut être même parviendrait-on, au bout de quelque temps, à modifier l'opinion publique sur l'incurabilité de la phthisie; on entrerait alors dans une ère de salutaire réaction, qui peut-être servirait utilement de son côté le but honorable que je propose.

§ VII. *Soins relatifs à l'influence de l'habitation et du climat.*

J'ai signalé (pages 473 à 479) la funeste influence qu'ont sur le développement et sur la marche de la phthisie les habitations froides et humides, les lieux et les climats où l'on se trouve exposé aux conséquences des brusques et irrégulières variations de température. Dans l'une des pages précédentes, j'ai dit que, trop souvent, les habitants de nos campagnes se construisaient des maisons, des chaumières à moitié ou même aux trois-quarts enterrées dans le sol, quelquefois même au fond d'une vallée, sur le bord des ruisseaux, et se trouvaient ainsi toute leur vie exposés à l'influence du froid humide, d'un mauvais air et d'une insolation incomplète, résultat forcé du lieu et du mode de construction de leur demeure; aussi, la plupart des habitants de ces maisons sont-ils scrofuleux, et en meurt-il un grand nombre du carreau et de la phthisie pulmonaire. Il n'en est

point ainsi chez ceux qui habitent des lieux élevés, dans des maisons bâties sur un sol sec, facilement accessibles à l'air et aux rayons du jour; cependant leurs demeures sont quelquefois très froides, tellement que, pendant une partie de l'année, ils les abandonnent presque tout-à-fait pour vivre dans les étableries. Les relevés statistiques montrent que « dans les pays où l'on observe un froid excessif, la phthisie survient moins fréquemment que dans les contrées dont la température est chaude (1). » Mais c'est la réunion de l'humidité au froid qui détermine l'influence fâcheuse dont il est question dans ce moment; on ne saurait trop se mettre à l'abri de ces deux circonstances réunies. Mais l'habitude, le préjugé, la misère et l'ignorance dominent tellement la partie de la population de nos campagnes qui s'y expose, qu'il est au pouvoir de l'autorité administrative seulement de diminuer ou de faire cesser ces circonstances. Il est des maisons de campagne dans lesquelles les gens de service qui les habitent toute l'année se portent habituellement assez mal, et dont la mauvaise influence se fait sentir aussi sur les maîtres qui viennent y passer quelques mois; cela dépend, le plus ordinairement, de leur situation dans un lieu bas et humide, exposé à des émanations marécageuses et trop abrité des vents et du soleil par des touffes d'arbres de haute futaie trop épaisses et trop rapprochées de l'habitation. Aujourd'hui que l'hygiène règle l'usage, et surtout en France, on évite, en général, dans les modernes constructions, les inconvénients que je signale. Il paraît cependant, au dire de M. Clark, qu'en Angleterre, surtout aux environs de Londres, on s'expose encore souvent aux inconvénients d'une maison de campagne bâtie sur un sol humide et trop immédiatement ombragée.

L'air des montagnes, beaucoup plus pur que celui des

(1) Delaberge, Journal des Connaissances médico-chirurgicales. Juillet, 1837, p. 7.

villes, mais quelquefois beaucoup trop vif pour certaines personnes, peut convenir aux individus primitivement robustes et d'une bonne santé tombés accidentellement dans la cachexie tuberculeuse, et devenus phthisiques, mais à un faible degré. Cet air convient surtout aux malades, devenus accidentellement phthisiques, qui sont nés dans les montagnes, qui les ont habitées plus ou moins long-temps; mais il ne saurait convenir aux personnes faibles, d'une mince constitution, d'une santé délicate dès le principe, qui ont passé dans un air calme et fade, comme celui des villes, la plus grande partie de leur vie; il ne saurait convenir, dans aucun cas, aux phthisiques qui ont passé le premier degré, et encore moins à ceux qui ont déjà des cavernes dans les poumons.

On a cru, pendant bien long-temps, que le chiffre de la phthisie, dans les diverses régions du globe, était en raison directe de l'abaissement de la température, en raison inverse de son élévation. De là l'usage immémorial d'envoyer les phthisiques dans les pays chauds, sans distinction bien précise entre les diverses localités de ces climats. Les modernes statistiques faites sur ce sujet constatent que la phthisie pulmonaire se montre indistinctement sous toutes les latitudes du globe, et que les différences que présente son chiffre dans les diverses contrées dépendent beaucoup moins du *degré* de la température que de son *uniformité* ou de ses *variations* plus ou moins brusques et irrégulières. Cela résulte, par exemple, bien évidemment des recherches de statistique comparative faites par M. Andral (1). Ainsi, dans les pays uniformément froids ou uniformément chauds, où les variations de température sont régulières, il n'y a que fort peu de phthisiques, tandis qu'on en observe beaucoup, même dans les pays très chauds, lorsque les va-

(1) Auscult. médiate, édit. de 1837, t. 2, p. 162.

riations de température y sont fortes et irrégulières. Il en résulte que les climats qui conviennent le mieux aux phthisiques, surtout aux phthisiques nés en France, sont les climats tempérés ou chauds, dans lesquels la température, à peu près uniforme, n'est soumise qu'à des variations régulières, réglées par le cours ordinaire des saisons. Les climats de Madère, de Pise, de Nice, d'Hyères, de Naples, etc., sont ceux que l'on préfère généralement. Parmi eux, le climat de Madère est, de l'avis des médecins les plus capables de juger cette question, celui qui réunit au plus haut degré les avantages que j'ai signalés précédemment. M. Andral (1) place le climat de Pise au second rang. Puis, d'après les auteurs, viendraient ceux de Nice, d'Hyères, de Naples, etc. Il ne paraît pas, d'après le résultat des expériences et des statistiques faites à ce sujet, que l'air des bords de la mer, c'est-à-dire l'atmosphère marine que l'on respire dans ces contrées, influe sur le rétablissement de la santé des phthisiques : la douceur et l'uniformité du climat paraissent seules agir ; et la navigation ne paraît avoir d'utilité que comme voyage.

Mais les voyages dans les climats chauds ne conviennent pas à toutes les époques de la phthisie pulmonaire. « Tous les médecins conviennent que c'est surtout dans le premier degré de cette maladie qu'il faut faire voyager les malades, dit Bayle. Les voyages sont alors réellement très utiles, parce qu'ils guérissent souvent les maladies catarrhales, et ils ralentissent singulièrement la marche des phthisies tuberculeuses (2). » Un relevé dressé par le docteur Renton, pendant une observation de huit années, démontre cette proposition.

(1) Auscult. médiate de Laënnec, édit. de 1837, vol. 2, p. 277.
(2) Recherches de Bayle sur la phthisie, p. 411.

Premier tableau : Cas de phthisie confirmée.

Nombre de cas.	47
Individus morts pendant les six mois de leur arrivée à Madère	32
Individus retournés en Europe pendant l'été, et morts.	6
Individus restés dans l'île et morts plus tard.	6
Individus dont on n'a plus entendu parler.	3
Total.	47

Deuxième tableau : Phthisie commençante.

Nombre de cas.	35
Individus soulagés à leur départ de l'île, et dont on a eu ultérieurement de bonnes nouvelles.	26
Individus soulagés, mais perdus de vue.	5
Individus morts depuis.	4
Total.	35

Tous les médecins conviennent aujourd'hui que les voyages dans les climats que je viens d'indiquer peuvent être d'une très grande utilité dans le traitement préservatif ou curatif de la phthisie pulmonaire; ils peuvent quelquefois arrêter le développement ou retarder beaucoup la marche de la maladie; ils peuvent, quand elle est déclarée, concourir quelquefois à sa guérison. Mais, je le répète, on ne doit faire voyager que les phthisiques au premier degré, ou ceux menacés de le devenir. Passé cette première période, les mêmes voyages pourraient être funestes. Ils seront d'autant plus avantageux que la maladie sera à une époque plus rapprochée du moment de son début.

Indépendamment de la considération du changement de climat, les voyages, considérés d'une manière générale, ont de grands avantages pour les personnes menacées de phthisie ou atteintes du premier degré de cette affection. Ils font une heureuse diversion dans la vie morale et physique de ces personnes. La triste monotonie, compagne ordinaire de la vie étroite et recluse, l'inquiète réflexion, le sentiment de

l'impuissance qui sans cesse se présente à côté du désir de faire, contribuent beaucoup à faire naître et à entretenir cet état d'allanguissement général des fonctions que présentent les phthisiques sédentaires, et qui est une des circonstances les plus favorables à l'accroissement successif de la cachexie tuberculeuse et de la phthisie pulmonaire. En voyage, au contraire, le changement fréquent de sensations ranime à chaque moment et aiguillonne les fonctions du système nerveux; attirée à l'extérieur par la variété des objets qui se succèdent, la réflexion se déploie sur ces objets, elle prend leur teinte gaie, leur caractère mobile; la sensibilité du malade renaît aux douceurs de la vie; une salutaire activité se répand dans tout son être; chaque fonction prend sa part de cette heureuse stimulation : l'estomac est moins difficile sur le choix des aliments; l'assimilation est plus complète et plus facile; les organes respiratoires supportent un air plus pur et plus varié dans sa température; la respiration semble se faire mieux; la circulation s'active par l'exercice; la légère fatigue du jour rend plus profond le sommeil de la nuit. Cette grande impressionnabilité morbide aux excitants extérieurs, qui sans cesse réveillait dans la pensée du malade le sentiment de sa faiblesse, diminue chaque jour et laisse rentrer dans son esprit des pensées d'avenir. Enfin, de l'avis de presque tous les observateurs qui ont étudié cette question, et parmi eux je m'empresse de citer le docteur Johnson, la vie de voyage est favorable aux phthisiques du premier degré et aux personnes menacées de le devenir. Mais ces voyages ne doivent être entrepris que dans la saison de l'été, au moins dans nos climats; et on ne doit pas oublier qu'ils ne peuvent être salutaires qu'à la condition de s'entourer de tous les soins d'hygiène que j'indique dans les chapitres qui précèdent ou qui suivent. Malheureusement, il n'y a que les personnes riches qui puissent user de ce moyen. L'observation, l'expérience, mettent à peu près au

même rang d'utilité les voyages par terre et par mer. Dans ces derniers temps, M. le docteur Dujat (1), dans un bon article de journal où il a traité cette question, a insisté sur les avantages de la navigation, dans le cas qui nous occupe.

§ VIII. *Soins relatifs à l'influence des saisons et des diverses conditions atmosphériques.*

Nous venons de voir que les climats dans lesquels la température est uniformément tempérée sont ceux dans lesquels on observe le moins de phthisies, ceux qui conviennent le mieux aux malades phthisiques; il faut donc tâcher de créer autour des malades de ce genre qui ne peuvent quitter le lieu ordinaire de leur habitation et de leurs affaires une sorte de climat artificiel, qui remplisse les conditions précédentes. Nous venons de voir que les climats dans lesquels les variations de température qui tiennent à la succession ordinaire des saisons se produisent d'une manière régulière et à peu près uniforme chaque année, sont ceux qui conviennent le mieux aux phthisiques; tandis que ces malades éprouvent une funeste influence de la part des climats où se produisent de grandes et irrégulières variations de température. Cette différence tient à ce que les variations régulières, prévues long-temps à l'avance, survenues graduellement, nous trouvent préparés à leur influence et prémunis contre leur atteinte; tandis que les secondes, toujours inopinées, surviennent brusquement et nous trouvent le plus souvent sans défense contre leur action; de là naissent diverses excitations morbides, et souvent ces phlegmasies du système respiratoire qui ont tant d'influence sur le développement et sur la marche de la phthisie; aussi, tous nos efforts doivent-ils tendre, comme je le disais tout à l'heure, à créer, autour de cette classe de malades, une sorte de climat artificiel, qui représente, au-

(1) Gazette médicale de Paris, t. 6, 1838, n° du 3 février.

tant que possible, le climat lointain qui leur serait favorable mais dont ils ne peuvent jouir. Ce principe de thérapeutique réclame de la part des médecins la connaissance précise du climat dans lequel ils exercent, de ses conditions ordinaires et de ses époques de variations, afin de régler là-dessus le régime extérieur qu'ils prescrivent à leurs malades, et de leur faire éviter les effets de ces variations. Quelquefois chaque localité est régie, sous ce rapport, par des lois différentes; ce qui fait qu'on ne peut donner, à propos de ce principe de thérapeutique, que des considérations très générales, dont les applications particulières doivent être réglées par chaque médecin sur les besoins particuliers à chaque pays : c'est ainsi que les phthisiques ne doivent pas respirer l'air trop frais du premier matin, ni l'air du soir au moment qui précède la nuit; leurs vêtements, et par leur quantité, et par la nature des tissus qui les composent, doivent être constamment en rapport avec le degré de température qui les environne, non-seulement pour les différents temps de l'année, mais aussi pour les différentes époques de la journée (1). La transition d'une saison à l'autre doit être peu sentie, et on le peut facilement en remplaçant l'un par l'autre les vêtements de lin, de coton et de laine, et en augmentant ou diminuant successivement leur nombre. C'est surtout à l'approche de l'automne et de l'hiver qu'on doit ne négliger aucune de ces précautions. La température des appartements est une chose importante à régler; si elle est trop élevée, elle expose le malade à un changement trop brusque quand il passe de son appartement dans

(1) Il est beaucoup de personnes qui, chaque matin, pendant le temps que réclament les soins de leur toilette, restent la poitrine découverte et contractent un léger rhume. Ce rhume, renouvelé chaque jour, peut quelquefois, et surtout chez certaines personnes, avoir des suites très fâcheuses. C'est donc une bonne précaution que de se tenir la poitrine bien couverte, chaque matin, pendant qu'on se lève et qu'on s'habille.

un autre, ou quand il s'expose à l'air de la rue; il faut que cette température soit modérée. Les malades que l'on soumet à ce régime doivent s'interdire, autant que possible, les salles de spectacle, les salons, toutes les réunions publiques où l'on trouve soit en entrant, soit surtout en sortant, une grande différence de température d'avec l'air extérieur. Tous les exercices de plaisir ou de travail qui les exposent à transpirer et à laisser ensuite leur linge humide se sécher sur le corps, sont tout-à-fait contraires au genre de vie qu'il leur convient de mener. Malheureusement, tout concourt à rendre très difficile l'observation de ces règles d'hygiène. Ainsi, c'est dans les grandes villes que se trouvent le plus grand nombre de personnes phthisiques ou menacées de le devenir. C'est pendant les mois d'hiver, saison si funeste à cette classe de malades (1), que se présente, à chaque moment, l'occasion d'enfreindre les lois de l'hygiène; enfin, c'est dans les grandes villes surtout que les exigences de position, et les désirs personnels, les passions, résistent le plus aux conseils du médecin.

Ces considérations, de même que celles qui ont précédé ou qui suivent, s'appliquent à tous les âges de la vie.

Les personnes qui se trouvent dans la nécessité de ces soins doivent éviter de s'exposer à l'air extérieur et d'ouvrir trop largement leurs appartements, à la suite des longues pluies ou des pluies d'orage : l'humidité que ces pluies ont communiquée à l'air, et l'impression de froid humide que l'on y reçoit, sont une des causes les plus puissantes du développement ou du retour de ces rhumes opiniâtres qui exercent sur l'apparition ou sur la marche de la phthisie pulmonaire une si funeste influence.

(1) Voyez les Recherches statistiques du docteur Heberden.

§ IX. *Soins relatifs à l'influence des exercices physiques et intellectuels.*

La vie trop sédentaire, la négation trop absolue de tout exercice physique, peuvent, ai-je dit aux pages 472 et 473, de même que l'excès des travaux physiques et une vie trop agitée, amener à la longue un désordre de nutrition qui prédispose aux formations tuberculeuses, et peuvent, réunies à d'autres causes, concourir au développement de la phthisie pulmonaire. Il en est de même de certaines professions qui fatiguent la poitrine ; et je citerai particulièrement la vie de bureau, qui oblige à avoir toute la journée la poitrine courbée sur une table, et les professions dans lesquelles on est exposé à respirer différentes poussières et à se heurter la poitrine, ou à recevoir des secousses plus ou moins fortes sur cette partie (1).

(1) Comme preuve de l'influence funeste que peuvent avoir les fortes commotions de la poitrine sur le développement de la phthisie pulmonaire, je puis citer l'exemple suivant. Pierre Gaudey, âgé de trente-sept ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, n'avait jamais éprouvé d'autre maladie que quelques rhumes. Depuis deux mois, ces rhumes étaient devenus fort intenses et presque continus, lorsque le 1[er] décembre 1834, conduisant une voiture pesamment chargée sur un pavé très inégal, il reçut plusieurs fois dans la poitrine les secousses brusques et violentes du brancard près duquel il était placé. C'est à partir de cette époque seulement que commencèrent à se développer les phénomènes de cachexie tuberculeuse et de fièvre hectique qu'il éprouva dans la suite. Dans les premiers jours qui suivirent les secousses violentes et douloureuses qu'il reçut dans la poitrine, il fut pris d'accablement, de malaise général, de diminution considérable des forces, de fièvre presque continuelle accompagnée de recrudescence vers le soir, d'amaigrissement, etc. Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu (n° 52 de la salle Sainte-Martine, service de M. Jadioux), le 3 février 1835, nous constatâmes tous les signes les plus prononcés de la première période de la phthisie pulmonaire dans le sommet du côté gauche de la poitrine, et ceux du passage de la première à la seconde période dans le sommet du côté

Les conditions de constitution et de santé où l'on se trouve sont beaucoup moins consultées pour le choix de la profession dans laquelle on s'engage, que le goût et les convenances; et cependant on ne peut douter, surtout pour les classes moyennes et inférieures de la société, que les professions n'aient beaucoup d'influence, soit par elles-mêmes, soit par les circonstances auxquelles elles exposent, sur la santé et sur la vie des individus qui les embrassent. Combien de jeunes gens, nés faibles, délicats, et prédisposés par leur constitution à la phthisie pulmonaire, quelquefois même par l'influence héréditaire, sont arrêtés par la mort au milieu de leurs travaux, tandis que, s'ils eussent davantage mesuré sur leurs forces leur but et leurs efforts, ils auraient joui d'une existence longue et tranquille. Ceci s'applique à toutes les classes de la société, car les travaux intellectuels longs et continus qui sont la condition indispensable de certaines carrières, les orages de l'âme qui sont presque inséparables de certaines positions, les chagrins d'ambition déçue auxquels on s'expose, les regrets qui accompagnent l'impuissance de santé, et qui trop souvent sont le seul fruit des longs sacrifices que l'on a faits, exercent sur la santé une influence tout aussi funeste que les travaux physiques disproportionnés à la constitution, et que les autres causes qui agissent sur les classes inférieures de la société. Que d'exemples nous trouverions à l'appui de cette proposition, si, au lieu de n'attacher nos regards que sur les personnes qui restent debout au milieu de cette lutte continuelle des passions de tous genres, nous comptions celles qui, arrivées à tel ou tel point de la carrière, tombent victimes de cette

droit. D'ailleurs, l'état de maigreur du malade et les symptômes de fièvre hectique ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de son affection. Le 3 mars, jour de sa sortie de l'Hôtel-Dieu, on constatait sous la clavicule droite tous les signes de cavernes pulmonaires commençantes.

lutte, et si nous recherchions chez elles la cause de leur mort. On ne sait point, à l'âge où l'on prend un état, faire les réflexions que comporte ce sujet; c'est aux parents qu'il appartient de les faire et de diriger la vocation ordinairement factice de leurs enfants, de manière à leur éviter des regrets et à s'épargner à eux-mêmes des chagrins (1). Quant aux professions insalubres, soit par les circonstances qui accompagnent les travaux auxquels on se

(1) Nous ne saurions trop nous attacher à détruire une erreur malheureusement trop répandue parmi les gens du monde. Un très grand nombre de personnes croient que l'on ne saurait devenir phthisique quand on est né de parents sains, et lorsque soi-même on est bien constitué et habituellement bien portant. J'ai démontré, dans le chapitre VI, combien cette croyance est erronée. Beaucoup d'autres personnes sont convaincues que les individus d'une constitution un peu faible, un peu délicate, ne courent le danger de devenir phthisiques que dans le cas où un de leurs parents ou tous les deux ont succombé à la phthisie. Pour elles, toute idée de danger s'éloigne lorsque cette dernière circonstance n'existe pas, et lorsque les individus un peu faibles et un peu délicats ne s'exposent pas à de trop grands excès, ne commettent pas de trop grandes imprudences d'hygiène. C'est encore là une erreur, et une erreur fâcheuse, parce que les individus sur lesquels pèse un semblable préjugé, et qui sont dans le cas que suppose cette opinion, croient pouvoir affranchir leur vie de ces précautions continuelles, de cette observation sévère de toutes les règles de l'hygiène, qui seules peuvent maintenir entre leur constitution et les travaux qu'ils supportent l'équilibre nécessaire pour la santé; ils croient pouvoir suivre sans inconvénient leur goût pour tel genre de vie, pourvu qu'ils évitent les grands excès, les grandes imprudences; les effets qu'en éprouve leur santé sont très lents, ce qui fait qu'ils ne s'en aperçoivent que fort tard, et qu'ils restent pendant long-temps sous les influences, pernicieuses pour eux, innocentes pour d'autres, qui insensiblement amènent à leur suite la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire. Ainsi, rappelons-nous que les individus à constitution faible, à santé un peu délicate, à tempérament un peu lymphatique, lors même que leurs parents seraient encore bien portants ou n'auraient point succombé à la phthisie, lors même que jamais ils n'auraient commis de graves infractions aux lois de l'hygiène, sont cependant, par la faiblesse même de leur organisation, exposés à devenir phthisiques, parce qu'il peut suffire d'influences légères, mais continues dans leur action, pour amener

livre, soit par les molécules qu'elles déposent dans l'air qu'on respire, soit par la position à laquelle elles obligent la poitrine de se prêter, soit enfin par les coups et les secousses

chez eux des résultats qu'elles eussent été impuissantes à produire chez d'autres. J'en donne pour preuve les exemples suivants.

1° Un homme de 32 ans, journalier, nommé Monot, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, d'une taille élancée, à poitrine un peu étroite, à santé un peu délicate, mais né d'un père et d'une mère qui éloignaient tout à-fait la pensée qu'il eût une prédisposition héréditaire à la phthisie, ayant des frères et des sœurs bien constitués et bien portants, entra le 10 juin 1837 à l'hôpital de la Charité (n° 17 de la salle Saint-Louis, service de M. Andral).

Monot avait toujours été assez bien portant, ne toussant point, ne s'enrhumant presque jamais, ne conservant ses rhumes que peu de temps, ayant jusque-là très bien supporté les faibles travaux auxquels il se livrait, lorsque, quatre mois avant son admission dans nos salles, il entra comme pileur chez un pharmacien. Ce travail était un peu plus pénible que celui auquel il s'était livré jusque-là ; mais, d'une manière absolue, ce n'était pas un travail bien fatigant. Néanmoins, à partir de ce moment, et sans avoir été exposé à l'action d'aucune autre influence, sans pouvoir accuser d'autre cause que ce changement de travail, Monot se sentit tomber insensiblement dans un état de courbature, de faiblesse, de langueur, état qui s'accrut successivement, et finit par prendre un caractère morbide très prononcé. Néanmoins, il persista dans ce genre de travail. Au bout de deux mois ou deux mois et demi, il acquit une disposition particulière à s'enrhumer et à tousser ; ses digestions se dérangèrent, son état de faiblesse augmenta beaucoup, il maigrit, des phénomènes fébriles se déclarèrent, et bientôt devinrent plus prononcés chaque soir ; il survint de la constipation, puis du dévoiement ; tout cela sans qu'on pût accuser aucune autre influence antihygiénique que son travail, qui était un peu fatigant pour sa faible constitution.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, nous constatâmes, dans les deux sommets de la poitrine, l'ensemble des signes locaux que j'ai assignés à la première phase de la première période de la phthisie. Jusque dans les premiers jours de juillet, ces signes locaux et les phénomènes généraux restèrent à un faible degré ; mais, à partir de cette époque, une fièvre hectique aiguë très intense s'alluma, acquit en peu de jours une très haute intensité ; les phénomènes locaux passèrent très rapidement par les divers degrés et les diverses transformations que j'ai indiqués dans une autre partie de cet ouvrage, et arrivèrent ainsi successivement à être ceux du commencement de la troisième

auxquels elles exposent cette cavité, c'est aux individus qui les pratiquent, aux chefs d'ateliers qui emploient les ouvriers, et à l'autorité administrative qui surveille les uns et

période. Tous ces changements s'accomplirent en fort peu de jours, et le malade mourut le 14 juillet, au milieu des symptômes de l'asphyxie, dans la somnolence d'abord, et ensuite dans le coma. A l'autopsie, nous trouvâmes les deux poumons infiltrés dans toute leur épaisseur d'une quantité très considérable de tubercules exclusivement miliaires, d'autant plus confluents qu'on se rapprochait davantage des sommets, où l'on observait déjà plusieurs petites cavernes. Le tissu pulmonaire intermédiaire aux tubercules était engoué d'une quantité très considérable de sang. Des tubercules miliaires existaient aussi dans le tissu du foie et dans le canal intestinal. Les vaisseaux lymphatiques qui rampent à la surface des intestins contenaient aussi de la matière tuberculeuse. Un seul tubercule de *forme globulaire*, du volume d'une balle de calibre, se remarquait au milieu de cette formation tuberculeuse si abondante; il était logé dans l'épaisseur du rein gauche. (Le malade avait eu dans son bas-âge des signes de scrofules; par exemple, des engorgements glandulaires du col et des régions sous-maxillaires).

Une bien faible cause a suffi, chez ce malade, pour faire éclater une phthisie pulmonaire, intestinale, etc., à laquelle il était prédisposé par sa constitution, sans l'être par voie d'hérédité, mais dont le développement, selon toute apparence, eût été au moins retardé de longtemps si le malade ne se fût livré à un travail trop fatigant pour lui, quoiqu'il eût été très ordinaire pour un autre.

2° Une femme nommée Jacob, âgée de 24 ans, entra à l'hôpital de la Charité le 4 avril 1837 (n° 15 de la salle Sainte Marthe, service de M. Andral). Elle était d'un tempérament lymphatique, d'une constitution très médiocre; sa poitrine était un peu étroite et élancée, les sections inférieures des membres un peu disproportionnées, par leur longueur, avec le reste de leur étendue. Son père, mort à la suite d'un accident, à 45 ans, était d'une très forte constitution et d'une très bonne santé habituelle; il en était de même de sa mère, qui avait 55 ans et se portait fort bien. Ses frères et sœurs, au nombre de 7, étaient tous robustes et bien portants. Jamais elle n'avait eu aucune disposition à s'enrhumer, et sa santé, quoique assez délicate, avait toujours été bonne au milieu des conditions assez hygiéniques dans lesquelles elle vivait habituellement; mais, deux ans avant son entrée à l'hôpital, sans autre cause que ses travaux de domestique, qui cependant n'avaient rien de bien fatigant, et qu'elle avait assez bien supportés

les autres, d'éviter, de faire cesser, ou de diminuer autant que possible les inconvénients attachés au travail en lui-même, à la manière dont on l'exécute, aux circonstances qui l'accompagnent, et au mode de construction des ateliers dans lesquels il s'effectue. Je ne fais que signaler ici ces inconvénients; on les trouvera pour la plupart indiqués avec plus de détails dans le VIe chapitre de cette seconde partie.

jusque-là, sans pouvoir en accuser aucun refroidissement, elle fut prise de toux et de rhume accompagnés d'un état de faiblesse et de malaise général très prononcé. La toux persista pendant trois mois entiers, et, pendant ce temps, la malade se sentit dépérir tous les jours davantage : elle perdit l'appétit, maigrit, et ressentit un mouvement fébrile continu avec un peu de recrudescence le soir; mais cette recrudescence était irrégulière et inégale pour son intensité. Elle fut obligée de rester six semaines au lit. Peu à peu elle se releva de cet état de dépérissement dans lequel elle était tombée, et, au bout de quelque temps de repos, elle rentra presque complétement dans son premier état de santé, et put reprendre ses occupations, toutefois en suivant un régime et en proportionnant son travail à ses forces un peu plus qu'elle ne le faisait avant. Mais, sur la fin de février 1837, elle eut une très forte atteinte de grippe. Cette affection revêtit chez elle *sa forme pectorale* et dura trois semaines. Au moment de sa convalescence la malade fut prise d'un point de côté à gauche, et, dès ce moment, les symptômes de fièvre hectique qui avaient eu lieu quelque temps avant se réveillèrent, et acquirent bientôt un assez haut degré d'intensité.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, nous trouvâmes dans la partie inférieure du côté gauche de la poitrine les signes d'un léger épanchement pleurétique, et dans les deux sommets, les signes que j'ai rattachés à la première phase de la première période de la phthisie. Puis, l'épanchement augmenta successivement; les signes locaux observés dans les sommets de la poitrine passèrent graduellement par des degrés et des formes de plus en plus avancés; les phénomènes généraux de fièvre hectique devinrent également plus prononcés chaque jour, de telle sorte que le 29 mai, jour où la malade voulut sortir de l'hôpital, on constatait, dans le sommet du côté gauche de la poitrine, tous les signes d'une infiltration tuberculeuse confluente et d'un commencement de cavernes. Ces derniers signes manquaient du côté droit. L'ensemble général de la malade, réuni aux signes locaux, ne pouvait laisser aucun doute sur la nature de la maladie dont elle était atteinte.

La vie trop exclusive de cabinet que mènent certains hommes de science ou de bureau, a pour effet d'affaiblir beaucoup la constitution physique par le défaut d'exercice, et d'amener à la longue, par suite des troubles de la digestion, par suite de la respiration d'un air concentré, des désordres de nutrition auxquels concourt également la tension trop soutenue du système nerveux ; ces désordres de nutrition prédisposent puissamment au développement de la phthisie chez les personnes qui en sont menacées. La respiration d'un air pur et libre pendant quelques heures de la journée, un exercice modéré pendant ce temps-là, tel que la promenade en plein air, l'équitation, etc., un intervalle d'une heure et demie ou de deux heures laissé entre les repas et la reprise du travail, sont les seuls moyens d'éviter les nombreux inconvénients de la vie trop recluse et en particulier de la vie de cabinet.

Le mode suivant lequel sont réglés les exercices physiques et intellectuels des jeunes gens et des jeunes personnes a une très grande influence sur le développement plus ou moins complet, plus ou moins régulier de leur constitution, et par conséquent sur leur santé présente et à venir. Des heures d'études peu nombreuses, et souvent entrecoupées de récréations ; des salles vastes, bien aérées, élevées au-dessus du sol, maintenues très propres et très sèches, modérément chauffées, où se passent les heures d'études et où sont pris en hiver les exercices de récréation ; des cours et des jardins étendus, recevant bien à découvert l'air et le soleil, livrés, pendant la belle saison, à des exercices de recréation plus développés, telles sont les premières conditions à remplir pour que la santé des jeunes gens et des jeunes personnes ne soit pas sacrifiée à l'éducation intellectuelle, comme cela n'arrive que trop souvent dans beaucoup de nos pensions. Un autre inconvénient fort grave de ce genre d'institution, c'est de soumettre aux

mêmes exercices physiques et intellectuels, aux mêmes exigences de toutes sortes, les constitutions les plus fortes, les plus résistantes, et les constitutions les plus faibles et les plus impressionnables. Les exercices qui développent les premières, fatiguent quelquefois beaucoup les secondes. Cet inconvénient grave est la conséquence nécessaire de l'unité de réglement qui régit tous les établissements de ce genre. Un mode différent devrait être adopté; on devrait, pour leur éducation physique, diviser les jeunes gens et les jeunes personnes en plusieurs classes, comme on le fait pour leur éducation intellectuelle. Tous les pays ont le plus grand intérêt à ce que chaque nouvelle génération qui s'é ève soit saine et bien portante; dès lors, ceux qui en sont les représentants doivent prendre les mesures necessaires pour atteindre un but aussi important. Ces mesures une fois prises, le gouvernement en ferait surveiller l'exécution par un médecin nommé d'office, qui veillerait à l'éducation physique, de même que les inspecteurs de l'université sont chargés de veiller à l'éducation intellectuelle. On doit convenir que, dans l'état actuel des choses, rien n'est plus négligé que cette partie si importante de l'hygiène publique : chaque maison d'éducation, il est vrai, a son médecin; mais un médecin dont les attributions ne dépassent pas les limites de l'infirmerie, un médecin chargé de traiter les maladies quand elles sont devenues un peu graves, mais qui, le plus ordinairement, ne s'occupe nullement des causes dépendantes de l'organisation de l'établissement qui ont pu amener ces maladies, causes qui, tous les jours, peuvent produire des effets funestes qu'il ne voit pas. En sacrifiant ainsi l'éducation physique à l'éducation intellectuelle, on oublie trop que le travail d'esprit est d'autant meilleur et d'autant plus facile que la portion physique de l'être est plus saine et mieux développée.

Ce n'est que quand la constitution est en bonne voie de

développement et que la santé est bien assise, que l'on peut exiger davantage de l'esprit, tout en continuant les exercices du corps. Le travail intellectuel trouve bien son compte au développement libre, complet et régulier des forces et des fonctions corporelles.

L'habitude de bien porter et de bien développer la poitrine dans le maintien, de respirer profondément, et même de s'y exercer pendant quelques moments de la journée; l'usage régulier mais modéré de la déclamation et de la lecture à haute voix; la course légère et souvent répétée, sont fort utiles pour favoriser le développement libre et complet des organes pulmonaires. On doit, dans le même but, rejeter avec soin tout vêtement qui aurait pour effet de comprimer la poitrine.

L'exercice des armes, l'équitation, les promenades, l'action de ramer, la natation, la gymnastique sous toutes ses formes, les jeux de billard, de balle, de quilles, de cerceau, d'escarpolette, de volant, etc., concourent fort utilement à développer les diverses parties des systèmes musculaire et osseux.

J'ai déjà fait connaître (page 587) le défaut de développement que présente ordinairement la poitrine chez les individus originairement prédisposés à la phthisie. On a attribué le peu de développement des poumons de ces individus à la difficulté que ces organes devaient avoir à se développer dans une poitrine trop étroite; on a même supposé que, chez ces malades, les côtes comprimaient les poumons, et on a attribué à cette compression supposée le développement de la phthisie pulmonaire. Dans le but de favoriser l'accroissement de volume des poumons, on a cherché à provoquer, tantôt par des moyens mécaniques, qu'on a bientôt et sagement abandonnés, tantôt par des moyens gymnastiques, l'ampliation de la cavité thoracique. C'est ainsi qu'on a conseillé (1) les exercices propres à développer les muscles de

(1) Dupuytren. Répertoire général d'anat. et de physiol. 1828.

la poitrine, des bras et des épaules, pensant, avec toute apparence de vérité, que l'ampliation de la poitrine devait surtout être le résultat de l'exercice des muscles qui s'y insèrent. Dans tous les cas, ces exercices gymnastiques ne peuvent être que fort utiles; mais les relevés d'observation faits par M. Woillez (1) tendraient à faire croire que le développement de la poitrine tiendrait plutôt à l'activité du système musculaire général, qu'à celle du système musculaire du thorax et des membres supérieurs. Les professions qui exigent le concours des muscles de tout le corps sont en effet celles qui ont coïncidé le plus souvent, chez les malades observés par M. Woillez, avec le développement complet et régulier de la poitrine. Ce résultat, qui ne peut encore avoir la valeur d'une certitude, serait favorable à l'opinion que j'ai défendue à la page 604, savoir : que l'étroitesse de la poitrine antérieure à la formation des tubercules, résulte du développement primitivement incomplet des poumons. On se rappelle que j'ai donné pour base à cette opinion la loi de physiologie qui veut que les organes contenants se mettent en rapport de volume avec les organes contenus, et non ceux-ci avec les premiers. En effet, les professions qui exercent le système musculaire dans son entier paraissent, plus que celles qui exercent surtout les membres supérieurs, exiger des poumons une augmentation de fonction qui provoque leur développement, et réagit par conséquent sur la cavité thoracique. En partant de ce principe, la gymnastique générale, l'exercice modéré de la course, de la déclamation, de la lecture à haute voix, du chant, devraient être les meilleurs moyens à employer chez les jeunes gens ou les jeunes personnes pour mettre la poitrine et les poumons, primitivement peu développés, sur la voie d'acquérir leur développement naturel. Mais on ne doit pas oublier que ces exercices ne pourraient plus convenir aux personnes

(1) Recherches sur l'inspect. de la poitrine, p. 352.

chez lesquelles on aurait déjà constaté des signes évidents de phthisie pulmonaire, parce qu'ils auraient alors pour effet de déterminer une irritation fâcheuse des organes respiratoires. Aussi l'action de chanter, de déclamer, de parler en public, me semble-t-elle devoir être sérieusement défendue, même à un phthisique au premier degré.

§ X. *Soins relatifs à l'influence de l'alimentation et du sommeil.*

Chez l'enfant, c'est surtout l'alimentation qui est capable d'influencer en mal ou en bien la constitution générale et le développement régulier des organes et des fonctions. Il est surtout important de bien régler ce point d'hygiène chez l'enfant né faible, et qui a reçu de ses parents une prédisposition aux scrofules et à la phthisie. Si la mère est saine, il vaut toujours mieux pour l'enfant que l'allaitement soit fait par elle. Si elle est scrofuleuse, phthisique, ou valétudinaire par une raison quelconque; si elle ne peut, à cause de sa position ou de ses occupations, donner à l'enfant les soins continuels qu'exige l'allaitement, il vaut mieux, et pour lui et pour elle, qu'elle le confie à une nourrice jeune, fraîche, bien portante, née de parents sains, et accouchée à peu près à la même époque, afin que le lait ne soit pas indigeste ou trop peu nutritif pour l'enfant. Une vie simple, exempte de tout travail fatigant, des promenades fréquentes en plein air, un sommeil suffisant, commencé et fini de bonne heure; une nourriture réparatrice, mais non excitante, qui fournisse suffisamment à la nourriture des deux êtres, mais qui ne risque pas d'altérer le lait de la nourrice en portant une stimulation morbide sur le système digestif: telles sont, d'une manière générale, les conditions d'un bon allaitement. Le lait de la mère ou de la nourrice doit être le seul aliment de l'enfant pendant les cinq à six pre-

miers mois; alors seulement, on peut, sans crainte d'exercer une irritation fâcheuse sur le système digestif et une influence funeste sur la nutrition, aider à l'allaitement naturel en faisant prendre à l'enfant du lait de vache, des farineux, de petits bouillons. Il y a beaucoup d'avantage à continuer ce régime presque liquide, combiné avec l'allaitement naturel, jusques après la période de dentition, période de dangers pour l'enfant, et à ne commencer l'usage des aliments solides qu'après l'apparition des premières dents, signal d'une plus grande force digestive.

Le mode d'alimentation peut avoir une très grande influence sur le développement et sur l'entretien de cet état particulier que MM. Todd et Clark ont appelé dyspepsie strumeuse. Or, nous avons déjà vu que cet état, qui peut devenir cause de la phthisie, exerce toujours sur le développement ou sur la marche de cette affection une fâcheuse influence. Une alimentation saine, bien choisie, prise à des heures régulières, proportionnée, pour la nature et la quantité des aliments, au degré des forces digestives, exempte de tout assaisonnement excitant, réparatrice sous un volume peu considérable, choisie parmi les aliments les plus digestibles, tel est le mode d'alimentation le plus convenable pour éviter ou pour combattre la disposition à la cachexie tuberculeuse.

L'insuffisance de l'alimentation se joint souvent, dans les grandes villes surtout, à une alimentation de mauvaise qualité, à la respiration d'un mauvais air, aux excès de travaux physiques et à la privation du sommeil; cette réparation de plus en plus incomplète des forces épuisées par le travail est la circonstance la plus fâcheuse de la vie des malheureux ouvriers, celle qui a le plus de puissance pour développer la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire chez ceux qui y sont prédisposés, quelquefois même chez ceux qui étaient nés de parents sains, qui avaient apporté en nais-

sant une constitution robuste, et avaient joui long-temps d'une très bonne santé. Une vie plus régulière, un peu plus de sommeil, une alimentation plus réparatrice, suffiraient à entretenir la santé au milieu de pénibles travaux. Que de bien naîtrait de cette réforme si on pouvait l'obtenir! peut-être atteindrait-on une partie du but en créant, à l'instar des sociétés de tempérance établies en Angleterre, des réunions, des ordres distinctifs, où l'on mettrait à profit, pour le but que je propose, cette facilité qu'a le Français à se passionner pour tout ce qui promet à son amour-propre une distinction quelconque, pour tout ce qui le relève à ses propres yeux, et surtout aux yeux de ceux qui l'entourent?

Ces deux causes réunies, la privation du sommeil et une vie d'inquiétude et d'agitation, paraissent suffisantes pour entraîner le développement de la phthisie, même chez des individus qui ne semblent y être prédisposés ni par leur naissance, ni par leur constitution primitive. C'est ainsi que l'on voit assez souvent et que j'ai vu mourir de cette affection, malgré leurs bonnes conditions d'hérédité et de constitution primitive, des contrebandiers, des soldats réfractaires, de ces quêteurs poursuivis par la loi et qu'on nomme piqueurs, des hommes enfin qui vivent dans la crainte de la justice, et qui sont obligés, pour lui échapper, d'agir pendant qu'elle sommeille. C'est là une plaie de la société qu'on ne guérira jamais par la voie de la persuasion, et dont la cure, toujours palliative, doit être réservée à la sagesse et à l'activité de l'administration.

Quant aux hommes de cabinet, ceux surtout qui, par leur constitution ou leur naissance, ont lieu de redouter la phthisie, ils ne doivent pas oublier que la conservation de leur santé au milieu de cette vie pénible, que la force et la lucidité de leur intelligence, dépendent chez eux d'une alimentation réparatrice sous un petit volume, de quelques heures consacrées, chaque jour et surtout après leurs repas,

à la respiration d'un air pur et à l'exercice du corps, enfin d'un sommeil suffisant et bien régulier.

§ XI. *Soins relatifs à l'influence des passions tristes, des excès vénériens et de l'abus des liqueurs alcooliques.*

A la page 480 j'ai signalé, d'après mes recherches, conformes en cela à celles de quelques auteurs, la part que l'influence prolongée des passions tristes, des excès vénériens et alcooliques peut avoir au développement de la phthisie; cette influence a été incontestable et fort puissante, selon toute apparence, chez plusieurs malades de mes observations. Je ne sais pas d'autre remède que la distraction et la volonté, à opposer à ces influences. L'oubli des chagrins est difficile, même au milieu des distractions; les voyages, l'étude peuvent les adoucir, mais le temps seul a le pouvoir de les dissiper, et pendant que le temps s'écoule les effets restent. La volonté est peut-être plus difficile encore que l'oubli, devant les passions de la débauche et de l'ivrognerie; c'est dans les volontés qui les entourent plutôt que dans la leur, que les individus soumis à ces honteuses passions peuvent trouver la force d'y renoncer. La bienfaisance qui soulage, l'amitié qui console, les dévouements de la famille et d'amis que le vice ne rebute pas, l'active surveillance des maîtres ou des maîtresses de pension, la sage entremise de l'administration là où elle peut être utile et permise, ont seuls, dans ces cas, une puissance refusée à la médecine proprement dite.

§ XII. *Soins relatifs à l'influence de la contagion et de toutes les causes affaiblissantes quelconques.*

Long-temps on a cru que la phthisie pulmonaire était contagieuse; long-temps les cadavres des phthisiques et les malheureux phthisiques eux-mêmes ont été fuis comme des lépreux; l'expérience de plusieurs siècles a prouvé que l'opinion de la contagion de la phthisie était une erreur. Quel-

ques faits, accomplis dans une circonstance isolée et toujours la même, peuvent seuls, de nos jours, laisser aux hommes qui les ont observés quelque doute à ce sujet. On a vu plusieurs fois l'un des deux époux, quoique non prédisposé à la phthisie, être atteint de cette affection, après avoir partagé pendant quelque temps le lit conjugal avec une personne phthisique, et la suivre de près au tombeau. On cite aujourd'hui un assez grand nombre de faits de ce genre. M. Andral (1) en a observé dans sa pratique, et semble, ainsi que Laënnec (2), se tenir en réserve contre la pensée trop absolue de la non contagion de la phthisie. Tous deux pensent que cette affection, quoique non contagieuse en principe général, pourrait bien, circonstanciellement, le devenir pour celui qui recevrait trop immédiatement les miasmes qui se dégagent de la muqueuse pulmonaire et de la peau des phthisiques, surtout dans les derniers temps de leur affection. Tous deux donnent aux époux exposés à cette influence le sage conseil d'user de tous les moyens de propreté qui sont à leur disposition, et de ne cohabiter que le moins possible, surtout dans les derniers temps de la maladie.

Si réellement il existe dans la phthisie un principe contagieux, latent dans l'immense majorité des cas, mais capable de se développer par le contact trop immédiat, trop long-temps prolongé et trop continu d'un individu sain avec des individus phthisiques, ce serait pour les familles une raison de plus de s'opposer, autant que possible, au mariage que voudraient contracter entre elles des personnes atteintes ou fortement menacées de cette affection; ce serait une nouvelle raison de fonder l'établissement spécial dont j'ai parlé dans un des paragraphes précédents, afin de préserver du danger d'un trop proche voisinage, trop long-temps continué, les malades atteints de tout autre affection, admis

(1) Auscult. médiate, édit. de 1837, t. 2, p. 179.

(2) *Ibid.*

dans les hôpitaux, et couchés çà et là à côté des phthisiques de tous les degrés. Dans un établissement spécial, au contraire, les malades ne risqueraient de se communiquer que ce qu'ils ont déjà. On pourrait peut-être avec avantage, dans un établissement de ce genre, mettre dans des salles séparées les phthisiques au premier, deuxième et troisième degrés, afin d'éviter l'influence fâcheuse que pourrait avoir, sur la marche de la phthisie au premier degré, le voisinage miasmatique des phthisiques atteints de cavernes.

Je connais un médecin, bon observateur, qui a vu sa femme succomber jeune encore à la phthisie pulmonaire, et qui m'a dit avoir éprouvé, pendant tout le temps qu'il a cohabité avec elle, et surtout à la fin, tous les signes *rationnels* d'un commencement de phthisie; ces symptômes ont disparu graduellement peu de temps après la mort de sa femme, pour ne plus revenir ensuite. Ce médecin est d'une constitution assez forte, d'une santé primitive très bonne, d'une vie très régulière; on ne peut pas supposer qu'aucune autre circonstance antihygiénique que celle de la cohabitation avec une personne phthisique ait pu produire les symptômes qu'il a cru être ceux du commencement de la phthisie.

M. J. Guérin m'a communiqué un cas fort curieux de phthisie pulmonaire observé par lui-même, dans lequel la transmission de la phthisie par contagion, de l'un à l'autre époux, lui semble ne pouvoir être mise en doute. Le fait s'est passé à Haynin, en Belgique : « Une femme mourut de phthisie tuberculeuse au troisième degré, après avoir couché avec son mari jusqu'à ses derniers moments. Celui-ci, d'une constitution primitivement robuste, issu d'une famille où jamais il n'y avait eu de phthisiques, épousa en secondes noces une femme également bien constituée et née de parents sains. Après 18 mois de mariage, il succomba à une phthisie pulmonaire des mieux caractérisées. Sa seconde femme n'avait cessé de cohabiter avec lui jusqu'à

sa mort. Peu de temps après elle se remaria; mais, deux ans après ce second mariage, elle mourut de phthisie. Son second mari, fortement constitué, issu d'une famille dans laquelle on n'avait jamais vu jusque là d'exemple de phthisie, succomba à cette affection quelque temps après la mort de sa femme. »

Mais je me hâte, pour rassurer les personnes qui sont encore un peu sous l'empire du vieux préjugé de la contagion de la phthisie, de dire que cette contagion ne s'est montrée avec un caractère suffisant de probabilité que dans la seule circonstance que je viens d'exposer, et que, même dans ce cas, il est bien loin d'être prouvé que l'effet observé ait été réellement le résultat pur et simple de la transmission de la maladie par voie de contagion. Il peut très bien se faire que l'atmosphère miasmatique que l'on a respirée pendant nombre d'années auprès d'une personne phthisique ait agi, sans aucune vertu contagieuse, à la manière de toute autre atmosphère malsaine, qui, d'après le résultat de mes recherches, peut finir par développer, chez l'individu le plus sain, la cachexie tuberculeuse et la phthisie pulmonaire. D'autres causes antihygiéniques, parmi celles que j'ai passées en revue, peuvent encore, chez les individus en question, s'être jointes à la précédente pour arriver au même but; préoccupé par l'idée de la contagion, on a pu omettre ces causes. Enfin, il peut bien arriver, comme n'ont pas manqué de le dire les anticontagionistes, que ce soit par une simple coïncidence d'affection que les deux époux meurent phthisiques à peu de distance l'un de l'autre; tous deux pouvaient avoir porté en naissant le germe de la phthisie; tous deux, soumis aux mêmes influences, pouvaient, indépendamment l'un de l'autre, voir se développer à peu de distance la maladie dont la préexistence, quoique réelle chez l'un et chez l'autre, pouvait être plus ou moins obscure chez l'un d'eux. Dans tous les cas, les conseils donnés

par Laënnec et M. Andral ne sauraient jamais être trop suivis.

En résumé, toute influence débilitante quelconque est au moins une cause prédisposante à la formation de la matière tuberculeuse, et on ne saurait trop éviter cette influence de quelque part qu'elle vienne. Les modifications de l'organisme qui fondent la prédisposition aux tubercules, ai-je dit à la page 471, sont le résultat de changements éprouvés par la nutrition; ces changements peuvent avoir pour point de départ le trouble d'une seule des principales fonctions de l'économie ou le trouble simultané de plusieurs d'entre elles. C'est au milieu des grandes villes surtout que se rencontrent les individus devenus tuberculeux par suite d'une prédisposition acquise au développement des tubercules; parce que là, plus qu'ailleurs, se trouvent réunies les conditions capables de modifier un peu profondément l'organisation primitive. C'est donc surtout sur l'hygiène des grandes villes que devrait se porter l'attention des gouvernements.

La tuberculisation des poumons étant de tous les pays et de tous les âges, pouvant atteindre, comme je l'ai démontré, les constitutions les plus robustes et en apparence les plus à l'abri de son invasion, les soins qui peuvent la prévenir sont applicables à tous les pays, à tous les âges, à tous les individus. Ces soins doivent être à peu près les mêmes dans tous les pays, parce que la maladie est une dans le caractère général des causes qui la déterminent. Ils doivent être encore plus attentifs dans l'enfance qu'à tout autre âge, parce que, dans l'enfance, ils agissent plus efficacement comme moyens préservatifs, parce que, une fois la constitution et l'ensemble des fonctions engagés dans une bonne voie, c'est une responsabilité pour l'avenir, une garantie contre les causes modificatives auxquelles l'individu pourra être soumis aux époques subséquentes de la vie L'âge de 18 à 25 ans doit également être surveillé d'une manière toute

spéciale, parce que c'est alors, assez ordinairement, que se manifestent les phthisies qui ont épargné l'enfance. L'âge de la puberté chez les jeunes personnes, et toute la première période de la menstruation, réclament aussi toute l'attention des parents, ainsi que je l'ai fait pressentir par les faits que j'ai cités. Les soins préservatifs, dont la nécessité est démontrée par les considérations dans lesquelles je suis entré, doivent atteindre surtout les individus que leur constitution faible, leur santé délicate, leurs circonstances d'hérédité dénoncent comme particulièrement exposés à l'influence des causes de la tuberculisation, et au développement consécutif de la phthisie pulmonaire.

ARTICLE II.

MOYENS MÉDICAMENTEUX.

Les moyens médicamenteux employés dans le traitement de la phthisie pulmonaire représentent la pharmacologie presque tout entière, et offrent parfaitement, dans le fait même de leur nombre, la preuve de leur impuissance. Nous n'avons encore à offrir, sur cette partie de la thérapeutique de la phthisie, aucun résultat de recherches qui mérite le nom de nouveau. Aussi renvoyons-nous, pour tout ce qui s'y rapporte, aux longues dissertations que les auteurs ont faites sur ce sujet; nous nous dispenserons même de remettre sous les yeux du lecteur la longue liste des médicaments employés jusqu'ici; il la trouvera dans tant d'auteurs, qu'il est inutile de convertir en une sorte de table quelques pages de ce livre. Je vais cependant parcourir rapidement, sous forme de simples renseignements pratiques destinés à servir à l'histoire de cette partie de la thérapeutique de la phthisie, quelques-uns des effets généraux de médicaments dont j'ai été témoin dans les hôpitaux de Paris, depuis que je m'occupe de recherches sur la phthisie pulmonaire.

Je n'ai pas craint de consacrer un assez grand nombre de pages à la partie hygiénique du traitement de la phthisie, parce que l'hygiène, considérée sous le point de vue spécial de son application à la première période de cette affection, considérée sous le point de vue spécial des causes susceptibles de la développer et d'en influencer la marche, n'a été que fort peu étudiée; parce qu'elle est, dans l'état actuel de la science, la véritable source où il faut aller puiser les moyens préservatifs de la phthisie pulmonaire, et les moyens d'en suspendre le développement et, peut-être, de la faire rétrograder. J'étais autorisé par mes recherches à traiter ce sujet avec un peu d'extension ; je ne le suis point encore à m'occuper ici avec détails de la partie médicamenteuse du traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans une salle de 40 lits, que M. Andral confiait à mes soins à l'hôpital de la Pitié, en 1836, j'avais réuni un assez grand nombre de phthisiques à divers degrés. Les révulsifs locaux, tels que vésicatoires, cautères, moxas ; les déplétions sanguines locales, telles que sangsues et ventouses scarifiées; le tout, appliqué sur les régions antérieures et supérieures de la poitrine, avait un effet très avantageux chez les phthisiques au premier degré, et un effet tellement momentané chez ceux au deuxième et troisième degré, qu'on pouvait le considérer comme à peu près nul. L'effet avantageux produit chez les premiers était, au contraire, permanent, et d'autant plus prononcé, que la maladie était à une époque plus rapprochée de son début. Cet effet consistait en une diminution notable et bientôt en une cessation presque absolue, quelquefois même tout-à-fait complète, des symptômes locaux et généraux éprouvés par les malades. Il suffisait de peu de jours pour qu'ils accusassent une amélioration sensible dans leur état; quelquefois au dixième, douzième ou quinzième jour, ils demandaient ou même exigeaient leur sortie, disant qu'ils n'étaient plus malades. Il est vrai

qu'en même temps je les faisais entourer de tous les soins hygiéniques dont il est permis de disposer à l'hôpital. Le repos, une nourriture assez bonne, une simple tisane pectorale, un looch blanc auquel on ajoutait quelquefois une once de sirop diacode ou un grain à un grain et demi d'extrait de belladone, enfin les révulsifs et les déplétifs locaux dont je viens de parler, composaient le seul traitement auquel ils étaient soumis. Nous commencions par les sangsues ou les ventouses, appliquées quelquefois à plusieurs reprises, suivant que les symptômes locaux et généraux paraissaient ou non céder à une première ou à une seconde application ; la quantité de sang tirée à chaque fois était modérée ; ce n'était que lorsque des piqûres de sangsues ou les petites plaies des ventouses étaient cicatrisées, qu'on appliquait un vésicatoire, ou le plus ordinairement un cautère qu'on établissait avec de la potasse caustique, et que l'on excitait ensuite par des pommades irritantes. Quelquefois nous nous sommes servi du moxa ordinaire, dont la révulsion plus forte semblait amener une amélioration plus rapide, mais auquel les malades répugnaient beaucoup, à cause des douleurs qu'il leur occasionnait pendant le temps de la combustion du coton. Peut-être le moxa appliqué par le procédé du marteau rencontrerait-il moins de répugnance de la part des malades. Le lieu de ces diverses applications était toujours la région sous-claviculaire du côté dans lequel les signes de la première période de la phthisie étaient le plus sensibles ; quelquefois nous les faisions dans les deux côtés à la fois. Les signes locaux, tels que oppression, toux, sensations morbides de la poitrine, étaient en général les premiers à disparaître ; les phénomènes généraux concomitants, tels que malaise, accablement, faiblesse générale, chaleur et frissons fébriles, avec retours plus ou moins prononcés vers un moment de la journée, le soir surtout, se dissipaient graduellement, quelquefois même disparaissaient en fort peu

de jours. Ce n'était qu'accidentellement et pour satisfaire à une exigence momentanée, que nous faisions pratiquer une saignée générale à ces malades, par exemple, pour combattre un rhume un peu violent. Il paraît bien évident, en effet, quand on compare et qu'on cherche à juger les divers résultats obtenus par la saignée dans le traitement de la phthisie pulmonaire, que ce moyen ne peut pas être considéré comme ayant une action propre sur la tuberculisation des poumons, mais seulement comme fort utile dans certains cas de complication de phlegmasies locales, soit que ces phlegmasies aient été suscitées par la présence des tubercules, soit qu'elles dépendent de circonstances extérieures.

L'ensemble des mêmes moyens employé chez les phthisiques au deuxième ou au troisième degré paraissait bien produire une petite rémission momentanée des phénomènes généraux et principalement des phénomènes locaux éprouvés par les malades; mais cette rémission était si faible, si temporaire, et d'ailleurs si facilement produite par les seuls adoucissants à l'intérieur, par le repos et une meilleure alimentation, qu'en vérité on pouvait considérer comme nulle ou presque nulle l'action des révulsifs et des déplétions sanguines locales chez les malades de cette classe. Nous avions le soin de n'employer qu'avec beaucoup de mesure les saignées locales chez les sujets que la maladie avait déjà beaucoup affaiblis; le plus souvent nous n'en faisions usage que lorsqu'une toux plus forte, une oppression plus marquée, une apparence de congestion ou d'irritation locale, en exprimaient l'indication spéciale. L'impuissance des moyens locaux était d'autant plus marquée que les malades se trouvaient à une période plus avancée de leur affection.

Dans les différents hôpitaux de Paris où je me suis trouvé en qualité d'interne, j'ai vu assez souvent des saignées générales être pratiquées chez des phthisiques aux deuxième et troisième degrés, et j'ai toujours observé qu'elles avaient

pour effet médiat d'affaiblir beaucoup les malades, et qu'au bout de peu de jours, elles étaient suivies d'une augmentation dans l'ensemble des phénomènes généraux et d'une accélération sensible dans la marche de la maladie; leur effet immédiat était, quelquefois, une petite amélioration, mais seulement momentanée. Les expériences de M. Magendie, au collége de France, ont prouvé que les saignées trop copieuses et trop souvent répétées ont pour effet de modifier beaucoup la composition du sang, d'exercer une influence fâcheuse sur la nutrition et l'innervation, et de jeter les animaux soumis à ces expériences dans une sorte d'état typhoïde. Si l'on rapproche ces résultats de ce que nous avons dit sur la nature et sur le mode de développement de la phthisie, et sur la prédominance ordinaire de la partie séreuse du sang des malades phthisiques, on sera tenté, *à priori*, de rejeter la méthode de traitement de la phthisie qu'on a conseillée dans ces derniers temps, et qui consiste dans des saignées générales répétées souvent. Ce n'est donc point comme méthode spéciale de traitement de la phthisie que la saignée peut être utile; ainsi que je le disais tout-à-l'heure, elle doit être réservée pour le traitement des complications, des phlegmasies locales qui peuvent survenir dans le cours de cette affection. Le raisonnement, les expériences faites sur les animaux, et l'expérience clinique elle-même dans un bon nombre de cas, conduisent également au principe que je viens de poser. Parmi les complications locales que la saignée peut être utilement appelée à combattre, on a fort peu insisté sur la congestion sanguine active des poumons, parce qu'on n'avait guère de moyens de la reconnaître. J'ai exposé, dans la première partie de cet ouvrage, les signes diagnostiques de cette affection auxquels m'ont conduit mes recherches, et j'insiste ici sur la nécessité de la combattre dès qu'on la reconnaît. D'ailleurs, la plupart praticiens se rangent aujourd'hui à l'avis que la saignée gé-

nérale ne peut avoir prise que sur les complications de la phthisie, et non sur la tuberculisation elle-même.

Les émétiques ont été beaucoup vantés, dans ces derniers temps, comme méthode de traitement de la première période de la phthisie (1). Employés, dès les premiers temps de la médecine, contre les degrés avancés de cette affection, ils ont été remis en honneur par des médecins anglais, allemands et italiens. En France, ils n'ont été que peu employés, ce qui fait que je n'ai pu être témoin d'aucun essai assez longtemps soutenu pour qu'on puisse en donner le résultat. Plusieurs médecins anglais, parmi lesquels je citerai MM. Clark et Carswel, pensant que la matière tuberculeuse est déposée sur la surface des membranes muqueuses (2), par exemple, dans l'intérieur même des divisions bronchiques, supposent que l'émétique détermine l'expulsion de la matière tuberculeuse déposée dans les poumons, en provoquant la contraction des vésicules pulmonaires, ou bien en déterminant à leur intérieur une sécrétion muqueuse qui entraîne en s'écoulant la matière tuberculeuse qu'ils supposent y être contenue : mais il est permis de douter tout à la fois de l'explication et du fait anatomique sur lequel elle s'appuie ; on ne peut croire à la vertu si vantée des émétiques, avant que des expériences nombreuses, bien dirigées, faites dans nos hôpitaux, aient décidé de leur valeur réelle. L'importance que l'on a accordée dans ces derniers temps à ce mode de médication m'a engagé à en parler pour provoquer des recherches cliniques à ce sujet.

Le peu de malades chez lesquels j'ai vu employer les fumigations de chlore n'en ont éprouvé aucune amélioration sensible. Ces fumigations m'ont semblé seulement, chez les phthisiques au troisième degré, avoir l'avantage de diminuer

(1) Voyez Clark, Traité de la Consomption, p. 326 et suiv.

(2) *Idem*, p. 331.

un peu la sécrétion des bronches et des cavernes, et de rendre moins désagréable l'haleine de ces malades. D'après cela, ses effets se réduiraient à peu près à ceux qui résultent de ses propriétés désinfectantes; aussi a-t-on proposé dans ces derniers temps de faire tout simplement dégager sous forme de vapeurs aqueuses, dans l'atmosphère qui environne les phthisiques, du chlorure d'oxyde de sodium.

J'ai vu quelques phthisiques au premier degré se plaindre de transpirations très abondantes, surtout pendant la nuit. Une très grande faiblesse en était le résultat, et cette faiblesse était assez inquiétante, surtout pour les malades, pour nous faire rechercher le moyen de diminuer les sueurs qui en étaient la cause. J'ai administré dans ce but le sous-acétate de plomb à des doses successivement croissantes, depuis un grain jusqu'à six grains; les malades le prenaient le soir, sous forme pilulaire, deux heures au moins après leur repas, et deux heures environ avant le moment ordinaire de leur sommeil. Quelquefois deux grains ou trois grains suffisaient pour faire disparaître presque totalement les sueurs qu'ils éprouvaient depuis quelques jours; chez presque tous les malades auxquels j'ai donné cette préparation, l'effet ne s'est manifesté que le lendemain, le surlendemain, ou quelquefois le quatrième jour de la première administration du médicament.

Parmi les narcotiques destinés à calmer la toux des malades et à leur procurer du sommeil, l'extrait de belladone est celui que j'ai vu le plus employer et le mieux réussir, à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié et à la Charité. Quelquefois des doses un peu trop élevées de ce médicament déterminent quelques légers phénomènes cérébraux bien vite dissipés, mais je n'ai jamais vu en résulter le plus petit accident du côté de la poitrine. J'ai décrit, au commencement de ce chapitre, un mode de fumigations avec la belladone qui m'a bien réussi

pour calmer la toux très fatigante qu'éprouvent quelques phthisiques au premier degré.

J'ai vu administrer les martiaux à plusieurs malades phthisiques qui en même temps étaient chlorotiques; les effets qui en ont résulté ont été assez avantageux pour encourager à suivre la ligne de thérapeutique (emploi des toniques) que j'ai conseillée précédemment, comme celle qui s'accorde le mieux avec ce que l'on sait sur la nature de la maladie et qui semble promettre le plus de succès. Je les ai employés plusieurs fois avec beaucoup d'avantage. Le chocolat ferrugineux et l'eau ferrée sont les formes sous lesquelles les malades paraissent supporter le mieux l'usage du fer.

L'expérience des hôpitaux de Paris a prouvé depuis long-temps et prouve encore chaque jour aux médecins qui, par habitude plutôt que par confiance, administrent encore quelques-uns des médicaments qui tour à tour ont eu dans l'opinion du public la propriété de guérir la phthisie, a prouvé, dis-je, que de cette foule de panacées tour à tour élevées sur le pavois et bientôt renversées, il n'en est aucune qui jouisse de cette propriété, et que tout au plus en est-il quelques-unes capables de remplir quelques indications utiles dans le cours de la phthisie, soit pour contribuer à modifier la constitution et les forces générales du malade, soit pour combattre quelques symptômes ou quelques complications. C'est ainsi que les substances médicamenteuses prises dans la classe des toniques et quelques-unes prises dans la classe des altérants peuvent, entre les mains d'un homme prudent, éclairé, et qui sait reconnaître les véritables indications, concourir utilement avec l'hygiène à remplir le premier but. Quant aux substances que l'expérience a consacrées comme utiles dans le traitement des symptômes en particulier et des complications, il en est traité longuement dans tous les ouvrages anciens

et modernes sur ce sujet, leur mode d'emploi et les limites de leur application sont bien connus des praticiens; c'est pour cela que je me dispense d'en parler dans cet ouvrage, qui n'est pas un traité de la phthisie, mais un recueil de recherches sur cette affection. D'ailleurs, on a beaucoup plus rarement occasion de faire usage de ces moyens dans le cours de la première période, dont je m'occupe ici spécialement, que dans le cours des périodes suivantes.

Le traitement tonique, stimulant, altérant, que j'ai conseillé précédemment, se rapproche beaucoup de celui qu'on fait subir aux scrofuleux; et en effet, il est fondé sur la grande analogie qui existe entre la phthisie considérée en général et les scrofules; mais, par cette même raison, il ne peut convenir qu'à la phthisie chronique, celle qui, en vertu de l'analogie dont je viens de parler, a été appelée phthisie scrofuleuse ou muqueuse. Bayle (1), se fondant sur la même analogie, avait aussi conseillé ce mode de traitement. Les analeptiques, les toniques et les amers en font la base principale : les substances animales chargées de matière extractive, telles que le bœuf, le mouton, le lièvre, le pigeon et, en général, les viandes rôties; pour les estomacs plus débiles, le veau et les volailles; les vins généreux, tels que le vin de Bordeaux, le vieux Bourgogne, le vin d'Alicante, etc.; les gelées animales et végétales; le maigre et les fécules préparés au gras; le bouillon gras coupé avec du lait; les laitages de la campagne en quantité modérée. On ne doit pas faire usage du lait de Paris, parce qu'il est fade, nauséeux, fourni par des vaches presque toutes phthisiques; je l'ai vu bien souvent faire plus de mal que de bien, par exemple, porter un trouble très grand dans les fonctions digestives, et occasionner un dévoiement presque continuel; le lait fourni par les vaches élevées à la campagne et nourries avec des plantes

(1) Recherches sur la phthisie, p. 88.

aromatiques, a, au contraire, de même que le lait d'ânesse pris dans les mêmes circonstances, des qualités stimulantes et nutritives qui conviennent beaucoup aux phthisiques. Le lichen d'Islande, le quinquina, le cachou, la gentiane, le raifort sauvage, les sucs de cresson, le polygala de Virginie, les préparations ferrugineuses, quelquefois des préparations iodées, le muriate de baryte, les carbonates alcalins, les eaux minérales sulfureuses : telle doit être surtout, d'après les principes que j'ai posés précédemment, la partie médicamenteuse du traitement de la phthisie. On combine diversement entre eux le régime analeptique et le traitement médicamenteux, on associe entre elles sous diverses formes les substances médicamenteuses, suivant l'âge, la constitution, le tempérament du malade, selon l'état plus ou moins régulier de ses fonctions digestives, suivant les circonstances qui l'entourent ou qui surviennent, et surtout suivant le degré de la maladie. Le traitement dont je viens d'exposer les bases ne convient guère qu'à la première période de la phthisie, il convient surtout pendant la période de prédisposition, comme traitement préservatif, ou bien tout-à-fait au début de l'affection comme traitement curatif. Il a besoin d'être modéré, d'être surveillé avec plus de soin dans son emploi, à mesure qu'on s'éloigne de ce moment pour entrer dans la seconde période de la phthisie. Si à cette période de la maladie, on juge à propos de mettre encore en usage cette méthode de traitement, on doit l'employer avec plus de précautions, surtout aux époques où l'on observe un peu de recrudescence fébrile. Le régime tonique, analeptique, peut être employé d'une manière plus continue et plus complète que le traitement médicamenteux. L'un et l'autre, mais surtout ce dernier, doivent être suspendus de temps en temps si le malade paraît les supporter un peu difficilement, ou si quelque circonstance incidente l'exige; l'un et l'autre doivent être portés à tel ou tel degré suivant l'an-

cienneté de leur emploi, suivant les forces et la susceptibilité digestive des malades, suivant la date de la maladie.

Quant à la phthisie aiguë primitive, elle ne saurait être traitée de la même manière que la précédente. Les calmants, les adoucissants, quelques antiphlogistiques locaux et généraux, tout au plus quelques toniques légers, un régime analeptique fort doux, dans quelques cas particuliers le traitement des maladies aiguës de poitrine, tels sont alors les indications et les moyens.

Le régime hygiénique que j'ai exposé avec détails dans l'article précédent convient également à l'une et à l'autre forme de la phthisie, et compose la base principale du traitement de chacune d'elles. Mais il est quelques parties de ce régime, qui dans certaines circonstances, ont besoin d'être tempérées. Le seul bon sens suffit pour reconnaître le degré et les variétés des indications, comme aussi pour marquer les degrés différents des moyens que l'on emploie. C'est ainsi, par exemple, que les voyages, les exercices en plein air, etc., pourraient devenir dangereux dans certaines circonstances de la phthisie chronique, de même que dans le moment d'acuité de la phthisie aiguë, etc.

CHAPITRE XVI.

DES CHANCES QUE PRÉSENTE LE TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE. — DE LA CURABILITÉ DE CETTE AFFECTION.

ARTICLE PREMIER.

DES CHANCES QUE PRÉSENTE LE TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE.

Dans les chapitres qui précèdent, nous avons démontré que le diagnostic de la *période de prédisposition* de la phthisie pulmonaire est possible chez un certain nombre de malades, et que, dans la grande majorité des cas, cette affection peut être reconnue dès les *premiers temps de sa période d'accomplissement.* Par un autre ordre de recherches, nous avons acquis une connaissance plus exacte des causes qui peuvent faire naître la phthisie de toute pièce, ou provoquer le développement de cette affection chez les individus prédisposés, ou influencer sa marche. Comme conséquence de ces résultats, et comme but de nos recherches, nous avons transporté la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, des deuxième et troisième périodes de cette affection où elle est condamnée à l'impuissance, à sa première période d'accomplissement, quelquefois même à sa période de prédisposition, seules époques où la médecine ait quelque puissance; nous avons introduit dans cette thérapeutique les données que nos recherches sur les causes de la phthisie nous ont fournies; voyons maintenant quelles sont les chances de succès que

nous offre la thérapeutique ainsi transportée sur ce nouveau terrain. Si tout concourt à remplir les indications que nous avons posées, on peut, en toute confiance, fixer ainsi ces chances de succès :

La thérapeutique appliquée à la phthisie dans les conditions et de la manière indiquée, peut :

1º Prévenir ou diminuer la transmission héréditaire de la prédisposition à la phthisie, en surveillant, d'après les principes exposés dans le chapitre qui précède, la santé des parents ;

2º Empêcher la phthisie de s'accomplir chez un grand nombre des individus qui y sont prédisposés, en prévenant ou combattant à propos les causes locales et générales capables de déterminer cet accomplissement ;

3º Prévenir le développement de la cachexie tuberculeuse et de la phthisie pulmonaire, chez les individus non prédisposés, en écartant, par une sage observation des règles de l'hygiène précédemment indiquées, les causes que j'ai signalées comme capables d'entraîner après elles ce développement ;

4º Si déjà ces causes ont exercé leur influence et ont produit la prédisposition générale aux formations tuberculeuses, prévenir, dans un grand nombre de cas, l'accomplissement de la phthisie pulmonaire, par la suppression de ces causes générales, par l'éloignement des causes locales capables d'appeler dans les poumons le travail de tuberculisation ;

5º Quand l'élément local de la phthisie s'est effectué, prévenir la formation et le dépôt de nouveaux tubercules dans les poumons, prévenir, chez un très grand nombre de malades, l'augmentation de la prédisposition générale aux formations tuberculeuses, en éloignant ou en diminuant l'influence des causes locales, et en faisant cesser rapidement les complications incidentes ;

6º Dans le même cas que précédemment, se rendre maître,

le plus souvent, de la marche de la maladie, la ralentir ou l'arrêter tout-à-fait, en combattant la prédisposition générale par une sage combinaison des traitements hygiénique et médicamenteux que j'ai exposés dans le chapitre précédent, en éloignant ou en affaiblissant les causes locales qui favorisent la marche naturelle de l'affection. Qu'importe à un malade de vivre avec des tubercules ou sans tubercules, pourvu qu'il vive! Sans tubercules, il est vrai, il serait débarrassé d'une sorte de levain morbide qui tient toujours sa santé en échec; mais s'il est vrai que la médecine soit impuissante à les faire disparaître (ce que nous n'admettons pas), mieux vaut vivre faible et condamné à une surveillance continuelle de sa santé, que de ne pas vivre du tout. Or, l'observation, l'analogie, le raisonnement me paraissent établir d'une manière incontestable qu'une combinaison bien entendue des traitements local et général, hygiénique et médicamenteux, que j'ai exposés précédemment, peut placer la plupart des individus atteints de phthisie pulmonaire à la première période dans un état tel de santé, qu'ils puissent vaquer à leurs affaires, satisfaire à toutes les exigences ordinaires de la vie de famille, enfin avoir une existence douce, exempte même de souffrances. Il me semble également légitime d'espérer que dans un grand nombre de cas, on peut les faire vivre jusqu'à un âge avancé, à la seule condition d'observer exactement le régime de vie bien simple, bien facile et nullement fatigant qu'on vient de lire. Nous avons aujourd'hui, parmi les personnes qui nous entourent, des exemples vivants de la vérité de cette proposition. « Il est certain, disait Bayle en 1810 (1), qu'on ne doit pas toujours désespérer de la vie des phthisiques, puisqu'il en est quelques-uns qui parviennent à un âge très avancé, quoiqu'ils soient atteints de cette maladie depuis

(1) Recherches sur la phthisie, p. 428.

l'époque de la puberté, ou même depuis la plus tendre jeunesse. » Or, à l'époque où Bayle parlait ainsi, on n'avait pas sur l'étiologie de la phthisie des connaissances aussi précises, la partie hygiénique du traitement ne pouvait être aussi bien dirigée, et, surtout, les ressources de la médecine n'étaient point comme aujourd'hui applicables dès le début de l'affection. Parmi les malades atteints de phthisie à la première période, que j'ai eu occasion de traiter dans la salle que M. Andral avait confiée à mes soins, nous avons vu la maladie suspendre sa marche chez quelques-uns d'entre eux, si bien qu'au moment de leur sortie ils étaient presque méconnaissables; cependant le traitement auquel ils étaient soumis était bien simple, comme on l'a vu; et on est bien loin de pouvoir mettre en œuvre dans un hôpital, ainsi que je l'ai fait sentir précédemment, tous les moyens hygiéniques dont on dispose dans la pratique de la ville, chez les malades de la classe aisée ou de la classe riche. Pour m'assurer de la réalité de la suspension de la maladie, il m'arrivait quelquefois, dans la belle saison, de garder long-temps quelques-uns de nos malades, et pendant ce temps de calme, de repos, de nourriture assez bonne, de promenades dans les cours et dans les jardins, de sommeil libre et suffisant, leur santé gagnait chaque jour; cependant un grand nombre d'entre eux, en hiver surtout, semblaient, au bout de peu de temps, être arrêtés dans leur convalescence et ressentir une mauvaise influence de la vie recluse à laquelle ils étaient condamnés et de l'air peu sain qu'ils respiraient. Chez plusieurs, cette fâcheuse influence se faisait sentir peu de jours après leur entrée. Si, en sortant de l'hôpital, ils allaient prendre quelque repos à la campagne, leurs forces et leur santé revenaient presque complétement; mais alors *ils se croyaient guéris*, ils rentraient à Paris, reprenaient leurs travaux, leur vie passée, quelquefois même vivaient moins bien, travaillaient davantage, pour

regagner les dépenses faites et le temps perdu, et, au bout d'un temps plus ou moins long, ils revenaient à l'hôpital; souvent nous les retrouvions dans nos salles, parce qu'ils avaient demandé à rentrer dans le service où déjà ils avaient été soulagés; mais la maladie avait fait des progrès. Ainsi, les phthisiques au premier degré peuvent voir leur santé se rétablir presque complétement; mais les rechutes sont faciles, pour peu qu'ils s'écartent des soins sous l'influence desquels s'est effectué leur retour à la santé. En effet, l'anatomie pathologique nous prouve de la manière la plus évidente que le danger de la phthisie vient beaucoup moins de la présence de quelques corps étrangers dans les poumons, que de la disposition générale et toute particulière qui a produit ces corps étrangers. Cette disposition morbide est une source à laquelle la maladie peut à chaque instant se raviver, et elle est facilement fécondée par les conditions antihygiéniques dans lesquelles on laisse retomber le malade et que l'on ne neutralise par aucun moyen. S'il est vrai que cette funeste disposition ne puisse être entièrement détruite, au moins empêchons sa fécondation; alors les tubercules restés dans le poumon n'y produiront pas plus d'accident qu'un simple corps étranger engagé depuis plus ou moins long-temps, chez un individu sain, dans l'épaisseur du tissu pulmonaire; comme les masses crétacées que l'on y rencontre quelquefois; comme la balle de mousquet, entourée d'un kyste accidentel, que Bayle (1) trouva un jour au milieu du poumon parfaitement sain d'un individu qui, pendant sa vie, n'avait accusé aucun symptôme du côté de l'appareil respiratoire, et qui jouissait habituellement d'une très bonne santé. Qu'on parvienne à arrêter dans ses effets cette fâcheuse prédisposition générale, et le malade qui avait quelques tubercules dans les poumons rentrera dans le cas du sujet de

(1) Recherches sur la phthisie, p. 93.

Bayle ou des sujets dont les poumons renferment quelques concrétions calculeuses. Tout étant égal d'ailleurs, les chances de retour à la santé m'ont paru plus grandes dans la phthisie accidentelle *à caractère peu aigu*, que dans la phthisie héréditaire.

Tels sont les résultats que l'on obtiendrait si tout concourait au même but, et le malade, et le médecin, et l'autorité qui quelquefois tient entre ses mains les moyens de succès de l'un et de l'autre. Mais tels ne sont pas les résultats que l'on obtiendra; car rarement ces trois éléments de succès sont-ils complétement réunis; toutefois, dans les conditions où nous sommes, on peut encore faire beaucoup de bien.

Voyons maintenant ce que l'exacte appréciation des faits connus permet aujourd'hui de penser sur la curabilité absolue de la phthisie pulmonaire.

On peut concevoir la cure absolue de la phthisie pulmonaire, à deux périodes de son existence, et de deux manières différentes : 1° avant que le travail de ramollissement ne se soit emparé des tubercules, avant qu'ils n'aient acquis un développement considérable, par la disparition pure et simple de la matière tuberculeuse à l'état de crudité; 2° lorsque des cavernes se sont formées dans les poumons et que la matière tuberculeuse ramollie, rejetée par les bronches, a permis aux cavernes qui la contenaient de se resserrer, et de se fermer tout-à-fait par voie de cicatrice. Voyons d'abord ce dernier fait.

ARTICLE II.

DE LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE A SA TROISIÈME PÉRIODE.

Peut-être est-on étonné de me voir remettre en question ce que Laënnec semble, aux yeux de presque tout le monde, avoir

prouvé jusqu'à l'évidence. Sans doute, la possibilité de guérison de la phthisie pulmonaire à la troisième période est aujourd'hui une chose incontestable. Aussi mon intention est-elle seulement de ramener l'opinion dans les justes limites où elle doit être, en faisant voir que Laënnec a fait erreur en attribuant cette guérison à la cicatrisation des cavernes, et en lui accordant beaucoup plus de fréquence que ne le prouve l'exacte observation.

1° Les indurations partielles et fibreuses, tantôt disposées sous forme de lames minces qui traversent en un point le tissu pulmonaire, tantôt sous forme de noyaux plus ou moins volumineux mêlés de matière noire mélanique, sont considérées par Laënnec (1) comme des traces évidentes de cicatrisation de cavernes, comme des reliquats de cette cicatrisation. « On les observe, dit-il, dans diverses parties du poumon, et particulièrement dans le sommet du lobe supérieur (2). Dans tous les cas, dit-il encore, ces productions accidentelles me parurent devoir être regardées comme des cicatrices, et dans plusieurs elles me parurent évidemment ne pouvoir être prises pour autre chose (3). » Ainsi, le jugement qu'il en porte lui-même est, comme on le voit, la seule preuve que donne Laënnec de l'origine supposée de ces productions fibreuses. Placé sous l'empire d'une idée préconçue, celle de la possibilité de la cicatrisation des cavernes, il affirme que les lames ou noyaux fibreux qu'il observe ne peuvent être autre chose qu'une cicatrice de cavernes. Mais cette affirmation si absolue, il ne la donne que pour plusieurs cas seulement parmi un grand nombre, ce qui fait supposer naturellement que, dans les autres cas, l'altération paraissait correspondre à autre chose qu'à une cicatrisation de cavernes. Or, Laënnec lui-même prend le soin de nous dire que, dans le fond, l'altération était la même, et que ces autres cas auxquels il refusait

(1) Auscultation médiate, édit. de 1837, t. 2, p. 123, 124.
(2) *Ibid.*, p. 123. — (3) 124.

son affirmation absolue « lui parurent devoir être regardés comme des cicatrices. » Nous allons voir tout-à-l'heure que les uns et les autres cas, les mêmes dans le fond, doivent être attribués à une altération toute autre que la préexistence des cavernes. 2⁰ Les bronches et les vaisseaux oblitérés que l'on voit se perdre dans les masses fibreuses ou dans les lames dont il vient d'être question, Laënnec les considère comme les bronches qui autrefois se rendaient dans les cavernes et comme les vaisseaux qui les traversaient. « Ce fait, dit-il (1), me semble ne laisser aucun doute sur la nature des masses fibreuses dont il s'agit et sur la possibilité de la cicatrisation complète des ulcères des poumons. » Nous allons voir bientôt que ce fait, qui a semblé si probant à Laënnec, se rencontre exactement le même dans l'altération étrangère à l'affection tuberculeuse, à laquelle peuvent être rapportées les petites masses et lames fibreuses, prétendues cicatrices de cavernes, dans lesquelles se rendent ces bronches et ces vaisseaux oblitérés; nous allons voir qu'il y a beaucoup plus de probabilité pour cette seconde origine que pour celle supposée par Laënnec. 3⁰ Ces dépressions rayonnées, ces plis qui partent d'un point central ou d'une ligne déprimée et s'en vont de là en divergeant, ces froncements qui en résultent et que l'on observe sur différentes parties de la surface des poumons, mais spécialement sur leur sommet, sont, pour Laënnec, « l'effet en quelque sorte mécanique d'une cicatrice réelle, placée plus profondément dans le tissu pulmonaire (2). » Or, nous allons voir que ces dépressions et ces plis rayonnés de la surface des poumons appartiennent encore à l'altération, étrangère à l'affection tuberculeuse, que je donnais tout-à-l'heure pour origine aux masses et lames fibreuses que Laënnec a considérées comme des cicatrices de cavernes. 4⁰ Si

(1) Auscultation médiate, édit. de 1837, 2 vol., p. 126.
(2) Ouvrage et vol. cités, p. 127.

ces masses et lames fibreuses sont pleines, si aucune trace d'excavation ou de tubercules ne se rencontre à leur centre ou autour d'elles, Laënnec en conclut que la cicatrisation des cavernes était complète, que la guérison de la phthisie pulmonaire allait être parfaite; et cependant les observations sur lesquelles il appuie cette conclusion ne constatent point l'existence antécédente de cavernes pulmonaires, et laissent même plus que du doute sur la nature de la maladie dont elles retracent incomplétement l'histoire (1). 5° Si une caverne, avec ou sans tubercules circonvoisins, se remarque aux environs ou au centre de ces masses fibreuses, il en conclut que la cicatrisation de la caverne était encore incomplète, et la guérison de la phthisie imparfaite, quoique le plus souvent rien ne prouve d'une manière évidente que la caverne entourée de quelques tubercules fût en voie de cicatrisation, ou que l'excavation autour de laquelle ne se trouvait aucune trace de tubercules fût bien réellement de nature tuberculeuse (2).

Telles sont les considérations, tout anatomiques, sur lesquelles s'appuie Laënnec pour admettre comme « extrêmement communs (3) » les cas de cicatrisation des cavernes tuberculeuses et les cas de guérison (par cette voie) de la phthisie pulmonaire. Telles sont, en aperçu général, les raisons qui doivent faire rejeter une pareille opinion. Reprenons en particulier chacune des raisons *pour* et *contre*, et faisons ressortir de l'exposition et de la comparaison des faits cliniques et anatomiques, tels que les donne l'observation, l'incompatibilité qui existe entre eux et l'opinion de Laënnec.

1° La pleurésie locale ou générale est une maladie extrêmement fréquente, comme le prouvent les adhérences pleurétiques que l'on rencontre chez la grande majorité des sujets que l'on ouvre. Très souvent elle a son siége vers le sommet

(1) Ouvrage et vol. cités, p. 129, 154.
(2) Ouvrage et vol. cités, p. 104, 105. — (3) *Idem*. p. 155.

des poumons; la preuve en est dans l'adhérence très fréquente des sommets des poumons au sommet de la poitrine, tantôt au moyen d'une simple couche de tissu cellulaire, tantôt par une bride cellulo-fibreuse plus ou moins élargie et étendue. Le siége de la pleurésie au sommet des poumons peut avoir lieu indépendamment de la présence de tubercules dans ces organes; on en reste convaincu chez un très grand nombre d'individus qui, à l'autopsie, présentent des traces de pleurésie aux sommets des poumons sans que ces organes renferment aucun tubercule. La pleurésie est souvent bornée à une faible étendue de la plèvre, comme en font foi les adhérences partielles, dispersées çà et là, que l'on rencontre en faisant des ouvertures de cadavres; dans ce cas, elle peut produire localement les effets plus étendus qu'elle produit dans les autres cas, et que je vais examiner; dans ce cas encore, comme dans les précédents, elle peut exister sans avoir aucun rapport avec la phthisie pulmonaire, sans la présence d'un seul tubercule dans les poumons. L'observation anatomique ne laisse aucun doute sur ces deux dernières propositions. Les effets locaux que détermine la pleurésie sont absolument les mêmes sur un poumon tuberculeux que sur un poumon parfaitement sain dans toute son étendue; sous ce rapport, la présence de tubercules ou leur absence n'entraîne aucune différence dans le travail organique local, non plus que dans les changements anatomiques locaux que suscite une pleurésie; la dissection attentive de ces altérations dans l'un et dans l'autre cas, et la comparaison entre les deux résultats, ne laissent aucun doute sur ce fait.

2° Ceci posé, voyons quel est ce travail organique, quels sont ces changements anatomiques qu'entraîne après elle toute pleurésie, soit locale, soit générale. Cela nous amènera à trouver la raison de l'erreur commise par Laënnec. Lorsqu'on suit avec soin, depuis son commencement jusqu'à

sa fin naturelle ou jusqu'à la mort du malade, la pleurésie avec épanchement ou avec simple sécrétion pseudo-membraneuse, la pleurésie grave et la pleurésie légère, la pleurésie dont l'existence est éphémère et celle qui n'accomplit sa durée totale, c'est-à-dire sa durée propre et celle des altérations qu'elle a entraînées à sa suite, que dans un temps qui varie entre quelques mois et quelques années; lorsque, par un rapprochement fait entre les dates symptomatiques et les degrés anatomiques, on a retrouvé dans un grand nombre de faits mis en ordre (ce qu'il eût été difficile de trouver dans un seul) l'enchaînement des divers changements anatomiques qui sont survenus; voilà ce que l'on observe :

A. Une pleurésie avec épanchement a lieu, le liquide comprime et rapetisse le poumon. La plèvre pulmonaire sécrète une matière albumineuse, blanchâtre, qui se dépose sous forme membraneuse sur toute sa surface. Cette fausse membrane représente une sorte de coque qui se moule sur le poumon, qui l'embrasse exactement dans son nouveau volume, et pénètre dans tous les interstices, dans tous les sillons que laisse béants sa surface comprimée et plissée. Cette coque augmente d'épaisseur par la sécrétion et la superposition de nouvelles couches pseudo-membraneuses; bientôt elle durcit, devient résistante, et retient le poumon dans les limites de volume où l'a placé la compression exercée par l'épanchement; elle l'empêche plus ou moins complétement d'obéir à la pression atmosphérique intérieure, qui tend sans cesse à le remettre en contact par tous ses points avec la surface des côtes; l'épanchement se résorbe, et insensiblement la pression atmosphérique extérieure, plus forte que l'intérieure, pousse la paroi costale contre le poumon que sa fausse membrane retient prisonnier. Alors, le plus ordinairement, des adhérences ont lieu entre la fausse membrane costale et la fausse membrane pulmonaire. Si, à cette époque, on fait avec soin la dissection de la fausse membrane pulmonaire, on constate

les faits suivants : 1° Si la fausse membrane est plus épaisse dans quelques points, la surface du poumon est toujours déprimée sur ces points-là, parce que les parties circonvoisines, qui ont opposé moins d'obstacle à la pression atmosphérique intérieure, ont dépassé un peu, par l'expansion des cellules sous-jacentes, le niveau de la partie qui a résisté le plus à cette pression. Cette différence de niveau est quelquefois très marquée; elle est l'origine des dépressions irrégulières avec plissements rayonnés que l'on observe à une époque plus éloignée. 2° Si l'on cherche à séparer l'une de l'autre, par une traction graduelle, la fausse membrane et la surface pulmonaire, on observe, à mesure que cette séparation a lieu, que le poumon se déplisse, se développe, et que la portion de sa surface, ainsi mise à nu, dépasse de beaucoup l'étendue de la portion de fausse membrane qui la recouvrait. En effet, la fausse membrane retenait le poumon sous un volume beaucoup plus petit que son volume normal; pour satisfaire à ce rapetissement, la surface du poumon s'était plissée plus ou moins profondément; on constate ces plis en séparant la fausse membrane, et on la voit envoyer un prolongement de sa substance dans chaque sillon qui en résulte. Quand la fausse membrane est détachée, on remarque, en effet, que sa face pulmonaire a un aspect tout aréolaire, et on constate facilement que les saillies de cette surface sont formées par les prolongements qu'elle envoyait dans chaque sillon de la surface du poumon; quand celui-ci a été déplissé en entier et séparé de sa coque, il s'en faut de beaucoup qu'il puisse y être contenu de nouveau, surtout après qu'on en a fait l'insufflation; sa surface offre un aspect ridé qui provient du reste des plissements qui l'ont occupée si long-temps. 3° Les plissements dont je viens de parler sont quelquefois très profonds; j'ai vu les sillons qui les séparent avoir jusqu'à un pouce au moins de profondeur. Ils sont toujours proportionnés à la diminution de

volume, soit locale, soit générale des poumons. Si la diminution de volume est générale et uniforme, ils sont peu profonds, mais très nombreux. Si le poumon, fortement déformé, plus comprimé par l'épanchement dans quelques points que dans quelques autres (par suite de quelques adhérences diversement disposées), a surtout diminué de volume dans un point déterminé, les sillons sont là très profonds, tandis qu'ils le sont très peu à l'entour. Il y a toujours rapport proportionnel entre la profondeur des sillons, l'épaisseur et la densité de la fausse membrane qui les recouvre et le degré de la dépression partielle qui se remarque dans la partie correspondante du poumon; en effet, là où l'épanchement comprimait davantage le poumon, la sécrétion morbide avait été plus considérable, la pleurésie plus intense, la fausse membrane plus épaisse et par suite plus dense, les plissements de la surface du poumon plus profonds, et l'imperméabilité de cette partie de l'organe, produite par ces différentes causes, était rendue persistante par l'obstacle que la fausse membrane apportait à sa dilatation. 4° Les prolongements que la fausse membrane envoie dans les sillons de la surface du poumon sont disposés de diverses manières suivant tel ou tel cas. Le plus souvent ils consistent en une simple lame qui se termine en pointe et qui a plus ou moins d'étendue et d'épaisseur: quelquefois très mince, d'autres fois fort épaisse; là, formant un relief de une, deux ou trois lignes; ailleurs, offrant une étendue d'un pouce, comme le sillon qui la reçoit; quelquefois elle est comme étranglée à son origine, et plus ou moins renflée à son bord libre caché dans le fond du sillon; si, en la détachant, on n'y prend garde, elle se casse dans sa partie étranglée, et les deux lèvres du sillon sont assez fortement collées pour dérober aux regards le reste de la lame pseudo-membraneuse cachée dans l'intérieur du sillon. Enfin, ce renflement du bord libre de la lame de prolongement est quelque-

fois assez considérable pour former une petite masse blanchâtre, concrète, emprisonnée dans l'espèce de kyste que représente alors le sillon. Nous allons voir, sous le titre B, ce que deviennent, dans la suite, ces prolongements divers et ces sillons. 5° Le tissu pulmonaire intermédiaire aux sillons est absolument privé d'air, décoloré, et se précipite au fond de l'eau comme un fragment de poumon de fœtus.

B. Si le malade se rétablit, voilà ce qui arrive (1) : 1° si la fausse membrane pulmonaire et la fausse membrane pariétale ont contracté des adhérences entre elles, ces adhérences deviennent graduellement celluleuses ; dans quelques points où la fausse membrane est plus épaisse et plus dense, elles deviennent de plus en plus fibreuses ; elles sont d'abord assez immédiates, puis elles s'allongent, probablement parce que, le jeu de la respiration se rétablissant de plus en plus, le poumon, dans son mouvement alternatif d'expansion et de resserrement, se rapproche et s'éloigne des côtes avec plus de force. Cette extension du tissu cellulaire ou fibreux accidentel intermédiaire aux deux plèvres augmente graduellement ; le tissu cellulaire devient lamelleux, le tissu fibreux devient ligamenteux ; celui qui est le plus tôt atteint par le travail de résorption, c'est-à-dire le tissu lamelleux, finit par disparaître ; il ne reste plus que des brides ligamenteuses plus ou moins fortes, plus ou moins fibreuses, qui s'étendent çà et là de l'une à l'autre plèvre, et qui, s'allongeant de plus en plus, s'amincissant tous les jours davantage, finissent aussi par se rompre. Cette rupture se produit vers le milieu de leur longueur : en effet, la bride fibreuse était parcourue par des vaisseaux de nouvelle formation qui, la traversant dans toute son étendue, communiquaient le plus ordinairement de l'une à l'autre plèvre ;

(1) Les changements que je vais indiquer comprennent une période dont la durée est très variable.

ces vaisseaux se sont rétrécis et oblitérés vers le milieu de la bride ligamenteuse; de là, cette oblitération s'est étendue vers les deux plèvres. En même temps que la vie a abandonné la bride vers son milieu, un travail de résorption (selon toute apparence) s'est emparé d'elle vers ce point; en effet, si on suit ce travail chez un assez grand nombre de sujets, on voit la bride s'amincir de plus en plus vers le milieu de sa longueur, et représenter bientôt deux cônes réunis par leur sommet, ayant leur base appliquée sur les plèvres; au bout de peu de temps, ces cônes se séparent l'un de l'autre par la destruction des derniers filaments qui les réunissaient. Quand l'autopsie du sujet est faite à peu de distance de ce moment, on trouve quelquefois la partie la plus amincie de la bride comme flottante dans la cavité de la plèvre. Plus tard, les deux cônes fibreux s'affaissent sur eux-mêmes, s'aplatissent par l'oblitération successivement croissante de leurs vaisseaux, et se confondent avec le tissu fibreux, reste de fausse membrane sur lequel ils prenaient leur insertion. Sur l'espèce de patte-d'oie que représente ce reste de tissu fibreux, on voit des nervures rayonnées, blanchâtres, qui partent du point sur lequel la bride s'insérait, et se perdent, par un rétrécissement graduel, par une fusion insensible, dans le disque de tissu fibreux dont il est question. Ces nervures ne sont autre chose que des vaisseaux accidentels, quelques-uns encore canaliculés dans la première partie de leur longueur, contenant même encore un reste de colonne de sang noirâtre et desséché, la plupart oblitérés et convertis en petits cordons fibreux. Cette série fort curieuse de phénomènes est surtout facile à suivre sur les adhérences des sommets des poumons.

2° Les fausses membranes pulmonaire et pariétale ont suivi, dans les changements successifs qu'elles ont subis, la même marche que les adhérences celluleuses qui les unissaient. Les parties les plus minces de ces fausses membranes ont

disparu graduellement, par voie de conversion en tissu cellulaire et de résorption. Les parties sous-jacentes du poumon se sont déplissées à mesure qu'a disparu l'obstacle à la pression atmosphérique intérieure, la perméabilité des cellules à l'air a permis leur expansion, et bientôt le poumon a repris dans ces points son volume normal; au contraire, il reste déprimé au niveau des points que recouvrent encore les plaques fibreuses auxquelles ont donné naissance les portions les plus épaisses et les plus denses de la fausse membrane, celles qui supportaient les adhérences fibreuses qui ont persisté le plus long-temps. Les portions les plus épaisses et les plus denses de la fausse membrane pulmonaire se sont converties en tissu fibreux, quelquefois fibro-cartilagineux; ces sortes de plaques sont plus épaisses à leur centre qui, quelquefois, est devenu le siége d'une incrustation calcaire; à leur circonférence, elles s'épanouissent sur la surface des poumons, où elles s'amincissent et se résolvent insensiblement en un tissu cellulaire filamenteux, dans cet état, ces disques pseudo-membraneux, espèce de tissu inodulaire, obéissent à un mouvement continuel de rétraction, plissent de plus en plus la surface pulmonaire sous-jacente, et augmentent ainsi chaque jour la dépression dont cette partie du poumon est le siége. 3° A une époque plus avancée encore, la résorption s'empare de ce disque fibreux ou fibro-cartilagineux, elle le détruit graduellement, et, au bout de quelque temps, on ne trouve plus, sur le point de la surface pulmonaire qu'il occupait, que quelques petites brides fibreuses qui s'étendent de l'une à l'autre des petites éminences irrégulières, comme mamelonnées, que présente cette partie des poumons. Ces éminences sont quelquefois assez considérables; elles convergent ordinairement vers un point central déprimé, et sont séparées les unes des autres par des sillons irréguliers qui aboutissent au même point. Ces saillies sont les bords des principaux

sillons de la surface du poumon sur lesquels s'inséraient les fibres du disque fibreux, et sur lesquels ces fibres, en vertu de leur rétractilité, exerçaient une traction continuelle qui augmentait tout à la fois la profondeur des sillons primitifs et la saillie du tissu pulmonaire placé dans leurs intervalles. On voit que, par suite de ce mécanisme, cette partie de la surface du poumon tend continuellement à rentrer dans l'intérieur de l'organe, jusqu'à ce que les dernières brides fibreuses aient disparu par voie de résorption. Les bords des sillons contractent adhérence entre eux, et enferment ainsi pour toujours, dans l'intérieur de l'organe, le sillon résultant du plissement de la surface du poumon, et le tissu inodulaire dans lequel s'est converti le prolongement que la fausse membrane envoyait dans ce sillon. A cette époque, le point correspondant de la surface pulmonaire présente l'aspect *mamelonné*, *déprimé* et *froncé* d'un sein cancéreux. Ce sont là les *froncements* que Laënnec a considérés comme étant le résultat d'un travail intérieur de cicatrisation des cavernes. Remarquons que les malades que je prends pour type de cette longue description n'offraient aucune trace de tubercules dans leurs poumons. 4° Pendant la longue période que je viens de parcourir, que sont devenus les sillons résultant du plissement de la surface des poumons, les prolongements qu'y envoyait la fausse membrane, et le tissu pulmonaire intermédiaire? Commençons par les premiers. La même loi qui a présidé aux changements successifs des adhérences intermembraneuses et des fausses membranes, a présidé aussi aux changements qu'ont subis les prolongements de ces fausses membranes. Ils ont éprouvé, comme la fausse membrane dont ils sont une dépendance, les transformations fibreuse, fibro-cartilagineuse, et quelquefois pétrée, mais seulement vis-à-vis des portions les plus épaisses et les plus persistantes de la fausse membrane; car, ailleurs, ils ont disparu avec elle, et ont laissé au poumon la liberté de

s'épanouir. Ceux de ces prolongements qui étaient les plus étendus ont formé des lames fibreuses, blanchâtres, qui offrent quelquefois plus d'un pouce d'étendue, et qui traversent en différents sens la masse endurcie que représente cette partie du poumon. Ceux qui étaient renflés à leur extrémité, et qui, sous la forme d'une petite masse pédiculée de matière pseudo-membraneuse, occupaient le fond d'un sillon large et profond, représentent à ce moment une petite masse fibreuse, dense, blanchâtre, qui contraste avec la couleur fauve-noirâtre du tissu induré qui l'entoure, et qui est comme cachée et emprisonnée au milieu de ce tissu. Quelquefois même, comme je l'ai dit précédemment, quelques-uns de ces prolongements pédiculés se sont rompus à leur origine, et les bords du sillon se sont fermés sur eux de manière à les isoler du reste de la fausse membrane; ou bien leur pédicule s'est tellement aminci, qu'on perd la trace de la liaison qui existe entre cette masse fibreuse en apparence intérieure au poumon, et ce qui reste de la fausse membrane extérieure; mais les prolongements fibreux qui l'avoisinent, ou bien une mince lamelle du tissu fibreux qui la fait communiquer avec l'extérieur, trahissent encore son origine. Chez quelques sujets, une sécrétion calcaire s'est opérée dans le tissu de ces prolongements, et on trouve alors, vis-à-vis des froncements du poumon, à quelque distance de sa surface, des noyaux de substance calcaire. Dans des cas beaucoup plus rares, il se produit une sécrétion dans l'épaisseur d'un de ces prolongements fibreux, semblable à la sécrétion morbide que l'on voit quelquefois s'effectuer dans l'épaisseur d'une fausse membrane extérieure; une excavation se forme dans l'épaisseur de ce prolongement pseudo-membraneux, par une sorte de dédoublement de sa substance; un liquide puriforme occupe cette excavation; et l'on pourrait croire à une caverne en cicatrisation, si l'on ne reconnaissait sur la pièce même l'origine du tissu fibreux

au milieu duquel se trouve l'excavation, si l'on n'avait en main le fil d'Ariane que je développe. 5° Tels sont les changements qui surviennent dans les sillons que recouvrent les fausses membranes épaisses qui emprisonnent la surface d'un poumon; tels sont aussi les changements que subissent les prolongements que les fausses membranes fournissent aux sillons qu'elles recouvrent. Voyons maintenant ce que devient le tissu pulmonaire intermédiaire : quand le disque pseudo-membraneux a disparu à peu près complétement de la surface du poumon, le tissu pulmonaire immédiatement sous-jacent devient quelquefois perméable à l'air qui déjà a pénétré les parties circonvoisines; alors, ces portions du tissu pulmonaire entrent dans une sorte de turgescence emphysémateuse. Ce fait concourt à rendre plus proéminentes les petites saillies qui environnent irrégulièrement la portion déprimée et froncée du poumon; si l'on fait une incision sur ces saillies, on les trouve quelquefois très emphysémateuses. Mais la portion du tissu pulmonaire qui est intermédiaire aux sillons les plus rapprochés de la partie froncée du poumon a subi, au contraire, une induration considérable, une sorte de transformation fibreuse entremêlée d'une grande quantité de matière noire; alors, l'ensemble des parties que je décris représente une masse solide, vers laquelle viennent se perdre et s'oblitérer les vaisseaux et les tuyaux bronchiques circonvoisins. Cette masse d'induration est ordinairement marbrée de brun fauve, de noir et de blanc; le blanc, qui quelquefois prédomine, qui d'autres fois est en moindre quantité, est formé par les prolongements pseudo-membraneux que j'ai examinés précédemment; ces prolongements, sous forme de lames blanchâtres ou de petits noyaux de même couleur, traversent dans différents sens ou jaspent la masse solide, brune-noirâtre, que présente le tissu pulmonaire transformé en tissu fibreux et en matière noire. Quel-

quefois le tissu pulmonaire intermédiaire aux sillons s'est atrophié; alors, les lames fibreuses plus ou moins épaisses qui remplissent ces sillons forment, presque à elles seules, cette partie froncée et indurée du poumon. En résumé, cette masse morbide, diversement constituée par les éléments que je viens d'exposer un à un, repliée ainsi à l'intérieur de l'organe, est formée de deux sortes de parties : les unes intérieures à la plèvre, qui sont le tissu pulmonaire et ses transformations; les autres extérieures à la plèvre, qui sont les prolongements de la fausse membrane extérieure et leurs transformations. La liaison entre ces prolongements et la fausse membrane qui les a fournis était d'abord bien évidente; mais, à mesure que la rétraction de la fausse membrane a fait resserrer l'ouverture des sillons qui reçoivent ces prolongements, cette liaison est devenue moins distincte. Ces lames et masses fibreuses blanchâtres sont ce que Laënnec a pris pour des cicatrices de cavernes; les concrétions calcaires et les petites excavations dont j'ai parlé précédemment, formées dans l'épaisseur de quelques-uns de ces prolongements, sont ce que Laënnec, dans quelques-unes de ses observations, a pris pour des cavernes tuberculeuses en voie de cicatrisation; et cependant, quelle différence entre la nature, le siége et l'origine des cavernes tuberculeuses, et la nature, le siége et l'origine des altérations que je décris : les unes résultent d'un travail tout spécial, tout intérieur, et sont liées à un travail morbide général; les autres sont formées par un travail tout local et tout extérieur, mais dont le produit est rentré en dedans par le mécanisme que j'ai indiqué. Mais avant de faire les rapprochements qui ont démontré l'erreur de Laënnec, je continue l'exposé des faits qui doivent fournir ces rapprochements.

C. Supposons une pleurésie partielle avec épanchement : les choses se passent exactement de même que dans le cas

pleurésie générale que je viens d'exposer; seulement, au lieu de s'accomplir à divers degrés sur toute la surface pulmonaire, la série des phénomènes que j'ai indiqués s'accomplit sur un point circonscrit de cette surface. Supposons une pleurésie sans épanchement, soit partielle, soit générale, accompagnée seulement d'une sécrétion pseudo-membraneuse sur une partie limitée ou sur la totalité de la surface pulmonaire : dans l'un et l'autre cas, on voit se développer exactement la même série de phénomènes que dans le cas que j'ai pris pour type, à cette seule différence près, que les plissements de la surface du poumon ne dépendent plus de deux causes réunies, la compression par le liquide épanché et la rétraction de la fausse membrane, mais bien de cette dernière cause seulement. Or, cette cause, quand elle est seule, est beaucoup moins puissante que réunie à la précédente; aussi les sillons sont-ils moins profonds, les prolongements qui les remplissent moins étendus et moins volumineux, et toutes les altérations et tous les effets précédemment décrits moins prononcés dans le cas de simple dépôt pseudo-membraneux sur la surface de la plèvre, que dans le cas où ce dépôt pseudo-membraneux est accompagné d'un épanchement pleurétique. Ces diverses altérations sont en général proportionnées à l'abondance de l'épanchement, et à la quantité de matière pseudo-membraneuse sécrétée, c'est-à-dire à l'intensité de la pleurésie.

D. La série des altérations que j'ai décrites n'est pas toujours aussi prononcée et aussi complète que je l'ai montrée dans le type précédent. Mais, au fond, elle est toujours la même. Les lames de prolongement que la fausse membrane extérieure envoie dans les sillons de la surface du poumon, sont fort minces et fort peu étendues quand les dépressions radiées et les froncements correspondants de la surface du poumon sont peu prononcés; car, en gé-

néral, il existe un rapport proportionnel entre l'épaisseur et l'étendue de ces lames et le degré de ces froncements. Leur direction, leur siége, leur forme plus ou moins lamellée ou volumineuse, leur nombre, varient extrêmement, et leurs diverses combinaisons possibles avec la transformation noirâtre et fibreuse du tissu pulmonaire intermédiaire ajoutent encore à ces variétés. D'ailleurs, au moment où la mort du malade permet de les examiner, ces diverses altérations peuvent avoir atteint tel ou tel degré de leur marche naturelle, de leurs transformations successives; mais, avec de l'attention, on les reconnaît facilement et on ne se méprend pas sur leur origine, quel que soit le degré auquel elles se trouvent au moment où on les observe. Les froncements et les dépressions radiées de la surface du poumon ont surtout leur siége à son sommet, et cela par une cause toute simple : le sommet du poumon éprouve plus fortement que le reste de ses parties les effets irréguliers de la compression qu'un liquide épanché exerce sur ce qui l'entoure; la base de l'organe peut fuir uniformément devant cette compression, tandis que son sommet, arc-bouté contre la paroi thoracique, ne peut point l'éviter. De plus, le sommet du poumon, par suite de son contact avec la paroi thoracique, contracte plus facilement des adhérences avec la plèvre pariétale qu'aucune autre partie de l'organe; or, on se rappelle que c'est sur les points où se manifestent ces adhérences que la fausse membrane a ordinairement le plus d'épaisseur; on sait que les fausses membranes qui coiffent les sommets des poumons sont presque toujours fort épaisses. D'ailleurs, toutes les altérations que j'ai décrites précédemment peuvent se montrer sur tous les points de la surface des poumons. A la suite de la pleurésie générale, il peut s'en manifester plusieurs sur différents points de cette surface, sur les points surtout où la fausse membrane était plus épaisse et les adhérences plus fibreuses. Dans la pleurésie pseudo-mem-

braneuse sans épanchement, ces froncements se montrent surtout au sommet, par la raison que la formation des adhérences est bien plus facile et par conséquent plus fréquente sur cette partie. Un très léger dépôt pseudo-membraneux sur un point de la surface du poumon est capable d'entraîner à sa suite un léger froncement de cette partie; mais ce froncement cesse quand la résorption a fait disparaître le léger obstacle qui s'opposait à l'entière expansion du tissu pulmonaire.

E. La phthisie pulmonaire s'accompagne, comme on le sait, de fréquentes pleurésies que provoquent les tubercules placés au voisinage de la plèvre; le plus ordinairement ces pleurésies sont simplement pseudo-membraneuses et partielles; leur siége ordinaire est le sommet des poumons. Or, ces pleurésies ont exactement les mêmes conséquences, leurs produits parcourent la même série de phénomènes et de transformations que dans le cas où la pleurésie s'est développée sur un poumon exempt de tubercules; les altérations qu'elles déterminent sont même plus marquées, en général, sur les poumons tuberculeux, parce que là elles renaissent sans cesse, et que leurs produits augmentent incessamment d'épaisseur et de densité. Hors cette influence de la phthisie sur la pleurésie et sur la formation des froncements de la surface pulmonaire, influence qui n'autorise en rien la liaison qu'avait établie Laënnec entre les froncements extérieurs de la surface des poumons et la cicatrisation des cavernes, il n'y a aucun rapport entre l'existence de cavernes dans l'intérieur des poumons et les froncements de leur surface. Quand il existe des cavernes dans un poumon, les froncements qui naissent sur sa surface sont le résultat, non pas de l'affaissement et de la rétraction des parois de la caverne, mais bien des pleurésies partielles que le voisinage de la tuberculisation a provoquées. Loin de ne se montrer que vis-à-

vis des cavernes en cicatrisation, loin de présenter un degré proportionnel au degré de rétrécissement de la caverne, ces froncements et les altérations qu'ils recouvrent se présentent sur des poumons où il n'y a même pas de tubercules; où tout est sain à l'intérieur; où les tubercules, s'il en existe, ne sont pas même ramollis, loin d'être convertis en cavernes; sur des poumons, enfin, où les cavernes commencent au lieu de finir; où elles sont très étendues, très vastes, loin d'être sur le point de se fermer; ils se présentent sur des points de la surface des poumons quelquefois fort éloignés de ceux au niveau desquels existent des cavernes. Ce que je viens de dire des froncements, des dépressions radiées de la surface des poumons, est applicable aux lames ou masses blanchâtres de tissu fibreux que Laënnec avait pris pour des cicatrices de cavernes; car il y a toujours rapport proportionnel entre les froncements et les sillons et les lames ou masses fibreuses sous-jacentes.

3° Nous sommes à même, à présent, de reconnaître, par quelques rapprochements qu'on a pressentis, l'erreur de Laënnec sur la fréquence de la guérison de la phthisie au troisième degré, et sur la cicatrisation des cavernes pulmonaires; nous sommes à même de juger la cause de cette erreur. Dominé par la pensée préconçue de la cicatrisation des cavernes tuberculeuses, Laënnec remarqua dans les poumons des phthisiques ces froncements extérieurs accompagnés de dépression, ces lames et ces petites masses fibreuses sous-jacentes, ce tissu pulmonaire induré et infiltré de matière noire qui environne ces lames et ces masses fibreuses, et aussitôt, détourné de la voie salutaire de l'observation par une ingénieuse mais fausse explication, il a vu dans les prolongements lamellés fibreux de la fausse membrane extérieure, une cicatrice linéaire plate et complète d'une ancienne caverne; dans les petites masses fibreuses de même origine, il a vu des cica-

trices pleines et complètes aussi ; dans les petites excavations dont j'ai parlé, creusées dans l'épaisseur de ces prolongements, il a vu des cavernes tuberculeuses, qu'il croyait surprendre au moment où elles allaient se fermer comme les autres; le tissu fibreux de prolongement, que la fausse membrane extérieure envoie dans les sillons que présente en certains points la surface comprimée d'un poumon, s'appelait, pour Laënnec, *tissu de cicatrices de cavernes*, et était, pour lui, un reste de l'espèce d'enveloppe fibreuse qui entoure une ancienne caverne; le tissu pulmonaire noirâtre et induré qui se trouve autour de ce tissu fibreux était, pour lui, le tissu pulmonaire noir, mélanosé, induré, que l'on rencontre à l'entour des cavernes; enfin, les froncements de la surface du poumon, qui correspondent aux altérations précédentes, étaient, pour son esprit ingénieux à faire naître des rapports, l'effet naturel du mouvement de retrait qu'avait subi l'intérieur du poumon et que la partie correspondante de sa surface, entraînée par ce mouvement, avait subi également pour combler le vide de la caverne. Ajoutez à toute cette entraînante argumentation, que ces observations étaient faites sur des poumons tuberculeux. Un esprit plus fort encore que celui de Laënnec, dominé par les mêmes préventions, n'y eût pas résisté. Si toutes ces altérations, disait Laënnec (1), se retrouvent sur des poumons encore tuberculeux à divers degrés, c'est que la phthisie se compose de plusieurs éruptions successives, et que de nouvelles éruptions ont eu lieu après la cicatrisation des cavernes qu'avait fait naître la phthisie. Plus tard, il eut occasion de remarquer ces mêmes altérations chez des individus exempts de tubercules, qui jamais n'avaient éprouvé du côté de la poitrine d'autre accident qu'une simple pleurésie devenue plus ou moins chronique, et, ne mettant déjà plus en doute l'origine qu'il avait attribuée à ces altérations, il en conclut

(1) Auscultation médiate, éd. de 1837, vol. 2.

naturellement que, chez eux, la cicatrisation des cavernes avait été complète et s'était accompagnée de la guérison absolue de la phthisie pulmonaire. Mais lorsque, éveillé par ces premières observations, il examina avec plus de soin les poumons que lui offraient ses nombreuses autopsies, il rencontra les altérations précédentes sur le plus grand nombre des cadavres, et il se trouva comme forcé de conclure que tous ces poumons avaient été autrefois le siége de cavernes actuellement cicatrisées; et, malgré lui, le nombre des cavernes tuberculeuses guéries par cicatrisation et des phthisies pulmonaires guéries ainsi, se multiplia infiniment. L'analogie parfaite, ou plutôt la similitude qui existait entre toutes ces altérations de même nature, depuis la plus imperceptible jusqu'à la plus avancée, chez les différents sujets qui les lui offrirent, l'obligea d'avouer qu'elles appartenaient toutes au même travail organique, et que toutes, depuis la plus imperceptible jusqu'à la plus avancée, étaient des cicatrices de cavernes. C'est ainsi qu'une fois engagé dans la fausse voie, il s'est égaré de plus en plus, et a été conduit graduellement à dire, à la page 128, « qu'il faut beaucoup d'attention pour distinguer une cicatrice cellulaire dans le tissu éminemment celluleux du poumon »; aux pages 124 et 155, il s'est vu obligé d'avouer que les cas de cicatrices de cavernes « sont extrêmement communs. » L'homme de science ressemble au voyageur, ainsi que l'a dit notre grand Malebranche (1); « quand, par malheur, il a pris un chemin pour un autre, plus il avance, plus il s'égare, et il s'égare d'autant plus qu'il est plus diligent. » Tout préoccupé de son but, et ne doutant pas du fait, Laënnec ne s'est même pas aperçu que la plupart des observations qu'il a données à l'appui de ses assertions ne prouvent rien moins que ce qu'il a voulu prouver; c'est ainsi, par exemple, que son observation

(1) Malebranche, Recherche de la Vérité, t. 1, p. 301. 1772.

XXIV (1) n'est autre chose qu'une observation de pleurésie chronique. On peut s'en convaincre facilement en la lisant; rien n'y prouve que le malade ait jamais eu de tubercules, et encore moins qu'on y ait constaté la présence de cavernes. Tout prouve, au contraire, que la description de Laënnec se rapporte aux altérations (précédemment décrites) qu'entraîne une pleurésie chronique. Laënnec lui-même dit qu'il n'y avait aucune trace de tubercules dans les poumons. Mais je vais citer quelques traits de sa description : « Le poumon gauche, dit-il (2), adhérait par son sommet à la plèvre costale, au moyen d'un tissu cellulaire accidentel et bien organisé. A l'endroit où cette adhérence avait lieu, se trouvait une dépression comme froncée, au centre de laquelle existait une petite ossification. *De ce point partait* une traînée de tissu cellulaire très blanc, assez fortement condensé, mais qui cependant n'avait pas tout-à-fait la consistance membraneuse. Cette sorte de traînée avait environ un pouce de longueur sur six lignes de largeur, et trois ou quatre d'épaisseur inégale. Des tuyaux bronchiques de la grosseur d'une plume de corbeau, ou un peu plus volumineux, se terminaient dans le tissu cellulaire, dont la couleur blanche contrastait singulièrement avec la teinte grise du tissu pulmonaire, et qui était évidemment une cicatrice. » Cette lame blanchâtre cellulaire n'était, comme on le voit, autre chose qu'un des éléments de l'altération complexe que la pleurésie amène à sa suite et que j'ai décrite précédemment; et cependant, Laënnec ne craint pas de dire, à propos de cette lame, qu'elle était *évidemment une cicatrice de caverne*; et cependant, il cite cette observation et la suivante, qui est exactement dans le même cas, comme « des exemples remarquables de cicatrices de cavernes pulmonaires » (3).

(1) Auscult. méd., éd. de 1837, 2e vol., p. 129.
(2) *Idem*, p. 133.
(3) Auscult. méd., éd. de 1837, p. 129, vol. 2.

Exemples bien plus remarquables des erreurs dans lesquelles nous entraîne une conviction anticipée sur un sujet quelconque d'observation ! Beaucoup d'hommes très consciencieux, beaucoup d'esprits supérieurs ne sont pas exempts de quelques égarements momentanés de cette nature: on en trouve la preuve en plus d'un endroit des ouvrages de Laënnec.

Devant un examen approfondi, son observation XXV (1) ne nous offre, de même que la précédente, dans celui des deux poumons qui lui sert de preuve et qu'il a fait dessiner (2), que les suites d'une pleurésie chronique tellement évidente, que tout en fait foi dans l'observation, et les antécédents, et la symptomatologie, et le titre même de l'observation, et enfin l'anatomie pathologique.

On se convaincra également, à la lecture de son observation XXVIII (3), qu'il donne gratuitement comme un exemple de caverne tuberculeuse guérie par la formation d'une cicatrice pleine et solide, qu'il s'agissait tout simplement d'un catarrhe pulmonaire chronique. Rien ne prouve qu'il existait chez ce malade une phthisie pulmonaire, encore moins qu'il existait une caverne, car cette observation date d'une époque antérieure à la découverte de l'auscultation. Le jugement que je porte sur cette observation paraîtra d'autant plus raisonnable, que Bayle, qui s'en est servi dans son ouvrage, l'a inscrite sous le titre suivant : « *Catarrhe pulmonaire chronique qui simulait la phthisie pulmonaire* (4). »

Rien ne prouve, dans son observation XIX (5), que les excavations qu'il a rencontrées dans les poumons soient de nature tuberculeuse, car il n'y avait dans ces organes au-

(1) *Id.* p. 135.
(2) Auscult. méd., éd. de 1837, 3e vol., pl. II, fig. 3.
(3) Auscult. méd, édit. de 1837. 2e vol., p. 154.
(4) Recherches sur la phthisie, p. 411, observ. 54.
(5) Auscult. méd., éd. de 1837, vol. 2, p. 102.

cune trace de tubercules, et rien, dans l'histoire antécédente du malade, ne met en droit de penser qu'il ait jamais eu des tubercules, pas même de la prédisposition à la phthisie. L'anatomie pathologique, rapprochée de la symptomatologie, nous apprend, d'autre part, que des excavations de diverse nature, et complétement étrangères à la phthisie tuberculeuse, peuvent se montrer dans les poumons. J'ai dit précédemment que de petites excavations, évidemment non tuberculeuses, pouvaient se creuser dans l'épaisseur d'une fausse membrane ou d'un des prolongements de fausse membrane qui s'enfoncent dans les sillons de la surface des poumons; il peut s'en former autour de concrétions calculeuses déposées dans le tissu pulmonaire lui-même; une caverne peut succéder à la gangrène d'un lobule du poumon; j'ai observé une caverne mélanique; enfin, on rencontre quelquefois, sur les poumons d'individus qui n'ont jamais été tuberculeux, des excavations plus ou moins grandes et isolées : nous en avions dernièrement un fort bel exemple sur une femme âgée, morte au nº 17 de la salle Sainte-Marthe, d'une affection organique du cœur (1).

Rien ne prouve que les cavernes du malade de l'observation XX (2) fussent en voie de cicatrisation, ainsi que Laënnec le suppose. On ne peut établir cette opinion sur les caractères anatomiques offerts par l'autopsie de ce malade, et aucun renseignement n'existe sur la marche antécédente de la maladie, sur la symptomatologie, ni sur l'état de la poitrine antérieur à l'entrée du malade à l'hôpital, antérieur à sa mort, qui eut lieu six jours après son entrée.

L'observation XXI est tout aussi peu probante que les autres, sous le point de vue de la question que Laënnec cherche à prouver.

(1) Je publierai ailleurs cette observation, qui est remarquable sous beaucoup de rapports.

(2) Auscult. méd., éd. de 1837, p. 107, vol. 2.

Ainsi, voilà détruites successivement les preuves cliniques et anatomiques sur lesquelles Laënnec établit l'opinion que les cavernes peuvent se cicatriser, que la phthisie peut guérir complétement par ce moyen, et que les cas de guérison de cette nature sont *extrêmement fréquents*. Parmi les faits qu'il a cités à l'appui, il en est qui ont une certaine valeur et sur lesquels je vais revenir. Les altérations anatomiques qu'il cite en preuve de cette opinion appartiennent à une affection tout-à-fait étrangère à la phthisie pulmonaire, à la pleurésie; les observations qui lui ont fourni ces faits anatomiques appartiennent en effet à des individus atteints autrefois de pleurésies et qui en offraient encore les traces; d'ailleurs, au lieu d'être, comme il le croyait, des histoires de phthisie pulmonaire, elles ne sont pour la plupart que des histoires de pleurésie, de catarrhe chronique, ou d'excavations pulmonaires que rien ne prouve être de nature tuberculeuse, que rien ne prouve être en voie de cicatrisation.

4° J'ai déjà exposé un grand nombre de raisons, toutes anatomiques, qui démontrent que les froncements de la surface du poumon, et les prolongements fibreux de diverses formes qui pénétrent dans les sillons de la surface du poumon, ne sont pas des cicatrices de cavernes; mais il est encore d'autres raisons, les unes puisées à la même source, les autres ailleurs, qui démontrent l'erreur de Laënnec. Ces altérations, ai-je dit, sont toujours placées à peu de distance de la surface de l'organe; et, en effet, toutes les prétendues cicatrices de cavernes qu'a citées Laënnec ont exactement ce même siége. Il n'a pas cité une seule cicatrice pleine et solide qui eût lieu dans le centre du poumon, et cependant on sait que le siége central des cavernes est certes bien assez commun, pour qu'il dût se trouver au moins quelques exemples de cicatrisation de cavernes centrales, parmi les cas de cicatrices *extrêmement communs* qu'il dit avoir observés.

Les froncements de la surface des poumons et les indurations sous-jacentes, que Laënnec considérait comme des traces de cicatrices de cavernes, ont souvent lieu sur des points de la surface des poumons vis-à-vis desquels il est rare de trouver des cavernes, comme par exemple vers la base et vers les lames antérieures; une disproportion choquante existe entre le chiffre de fréquence des unes et des autres dans de pareils siéges.

Si l'on prenait pour des cicatrices de cavernes, et dès lors pour des exemples de guérison complète de la phthisie pulmonaire, tous les froncements et toutes les lames fibreuses correspondantes que présentent les poumons des cadavres, on pourrait à juste titre se rassurer beaucoup sur la prétendue incurabilité de la phthisie pulmonaire, et prononcer, sans risque de se tromper, que cette affreuse maladie est immensément plus fréquente qu'on ne le croit, et que, même à sa troisième période, elle est une des maladies de poitrine dont les guérisons sont les plus faciles et les plus nombreuses. En outre de tous les cas de pleurésie qui produisent ces effets et qui ne sont point accompagnés de tubercules, il est bien peu de tuberculisations des sommets des poumons, même à l'état de crudité, qui ne soient accompagnées des altérations que je viens de décrire comme des résultats de la pleurésie et que Laënnec considère comme des cicatrices de cavernes. Ainsi, pour être conséquent avec lui-même, Laënnec aurait pu dire qu'il n'était que bien peu de phthisies dans lesquelles on n'eût vu une ou plusieurs cicatrisations de cavernes s'opérer pendant le cours de leur durée.

D'ailleurs, il est étonnant que Laënnec ait pu admettre comme si fréquente, et dès lors comme si facile, la cicatrisation, l'adhérence de deux surfaces muqueuses, adhérence et cicatrisation qu'il savait être si difficiles à obtenir dans tous les cas où la chirurgie a lieu de les tenter. Les cavernes pulmonaires ne sont pas dans de meilleures condi-

tions de cicatrisation que les conduits fistuleux dont les chirurgiens ont tant de peine à obtenir la cicatrisation; dans l'un et l'autre cas, c'est une membrane muqueuse à l'intérieur, et une couche de tissu rétractile à l'extérieur. Pourquoi donc la cicatrisation serait-elle très facile et très fréquente dans le premier cas, très difficile et souvent même impossible dans le second cas? Les chances de cicatrisation sont même plus défavorables pour les cavernes pulmonaires que pour la plupart des conduits fistuleux; car on ne peut employer sur elles les moyens de provocation aux adhérences qu'on exerce sur les autres; car une matière puriforme sécrétée dans leur intérieur, ou dans les bronches voisines, s'oppose constamment à leur oblitération; car l'air qui y circule sans cesse et la pression atmosphérique intérieure y apportent incessamment un obstacle encore plus puissant; car, enfin, elles sont entretenues par une profonde altération de tout l'organisme et par des désordres locaux qu'il est tout-à-fait impossible de détruire à cette époque de la maladie; or, plusieurs des circonstances défavorables que je viens de citer n'existent pas dans le cas de conduits fistuleux. La malade que je citais précédemment, morte en 1838 au n° 17 de la salle Sainte-Marthe, portait dans le sommet du poumon gauche une caverne régulière, capable de contenir une grosse noix; un tissu dense, fibreux, essentiellement rétractile, formait la paroi de cette caverne, tapissée à l'intérieur par une muqueuse, et en communication avec le système bronchique; aucune trace de tubercules n'existait dans les poumons, aucune trace de cachexie tuberculeuse ne se faisait remarquer chez cette malade; cette caverne existait depuis fort long-temps; pendant une année entière j'ai eu cette malade sous les yeux; pendant plusieurs années d'autres médecins l'avaient observée assidûment, et cependant, malgré tant de circonstances favorables au resserrement graduel et à la cicatrisa-

tion de cette caverne, on n'a jamais surpris la moindre différence qui pût faire soupçonner une tendance au resserrement et à l'oblitération. On peut juger par cet exemple combien doit être difficile la cicatrisation des cavernes pulmonaires.

En supposant que tous les cas de froncements de la surface du poumon et de lames ou de masses fibreuses sous-jacentes étaient des cas de cavernes cicatrisées et de phthisie pulmonaire complétement guérie (lorsqu'aucune trace de tubercules ne se trouvait autour de ces prétendues cicatrices), Laënnec a dû nécessairement admettre, ou bien que toute l'affection tuberculeuse, chez ces malades, se trouvait concentrée dans une caverne, ou bien que les tubercules, les uns crus, les autres ramollis, qui environnaient la caverne, ont disparu par voie d'absorption; or, dans un cas il se trouve en contradiction avec les faits, dans l'autre avec lui-même : les cas dans lesquels toute l'affection tuberculeuse du poumon est concentrée dans une caverne sont en effet fort rares, et incapables de représenter la grande fréquence des froncements de la surface du poumon sans présence de tubercules dans son intérieur; d'autre part, Laënnec lui-même dit (1) « que les tubercules crus tendent essentiellement à grossir et à se ramollir » et que « l'idée de la guérison de la phthisie pulmonaire au premier degré est une illusion. »

Mais voilà suffisamment démontrée l'erreur échappée à un homme qui, dans ses beaux travaux, allia à un si haut degré le calme et la sévérité de l'observation à l'activité et à la pénétration de l'esprit.

5° Voyons maintenant, parmi les faits apportés par Laënnec à l'appui de son opinion, ce qui reste en faveur de la possibilité de cicatrisation des cavernes et de la cure absolue de la phthisie pulmonaire à sa troisième période.

(1) Auscult. méd., éd. de 1837, 2e vol., p. 78.

Son observation XXIII (1) est le seul fait anatomique un peu probant dont on puisse se servir pour démontrer la tendance au resserrement des excavations tuberculeuses. Encore ne peut-on que soupçonner, à l'aspect un peu sec de la matière tuberculeuse qui était contenue dans l'excavation (figurée planche II, figure 4), que celle-ci était en voie de resserrement; encore pourrait-on croire, avec quelqu'apparence de raison, sur la description qu'en donne Laënnec (2), que cette excavation n'est point une caverne tuberculeuse régulière, tapissée par une membrane muqueuse, creusée au milieu du tissu pulmonaire, mais seulement une de ces excavations tuberculeuses qui se creusent quelquefois dans l'épaisseur d'une fausse membrane, dont on a dû voir des exemples pour peu qu'on ait l'habitude des recherches anatomiques, et qui, ici, aurait pris naissance dans l'épaisseur d'une fausse membrane interlobaire, ou bien dans l'épaisseur de l'un des prolongements que j'ai décrits précédemment. Pour rendre juge mon lecteur, je le prie de lire avec attention l'observation de Laënnec, que je ne puis citer ici à cause des longueurs dans lesquelles cela m'entraînerait; il y reconnaîtra probablement la justesse de mes remarques. D'après cela, quoique paraissant établir la tendance à la cicatrisation de certaines excavations tuberculeuses, ce fait ne peut point servir à démontrer la cicatrisation, ni même la tendance à la cicatrisation des cavernes ordinaires de la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire des cavernes creusées au milieu du tissu du poumon.

Reste l'observation XXVII (3) dans laquelle est rapportée l'histoire fort curieuse d'un Anglais, qui, selon toutes les apparences, a guéri d'une phthisie pulmonaire au troisième

(1) Auscult. méd., édit. de 1837, 2e vol., p. 119.
(2) Auscult. méd.; éd. de 1837, 2e vol, p. 120.
(3) Auscult. méd., éd. de 1837, vol. 2, p. 150.

degré. Mais tout en admettant chez ce malade, comme bien établies, et l'existence et la guérison d'une phthisie pulmonaire, nous ne savons trop comment cette guérison a pu s'opérer, et rien, dans le fait lui-même, ne peut autoriser à dire que c'est par la cicatrisation des cavernes ; car on n'a pas même constaté chez ce malade l'existence de cavernes pulmonaires, attendu que les examens qui ont précédé la guérison ont été faits à une époque antérieure à la découverte de l'auscultation, et que le malade était vivant quand Laënnec a publié son observation. Ainsi, des deux seules observations de Laënnec qui peuvent servir à la discussion, l'une, quoique prouvant la possibilité de la guérison de la troisième période de la phthisie (1), ne prouve point directement la possibilité de cicatrisation des cavernes tuberculeuses creusées dans le tissu pulmonaire; l'autre, quoique prouvant jusqu'à un certain point la tendance que certaines excavations tuberculeuses ont à se rétrécir, laisse beaucoup de doute sur la possibilité de cicatrisation des cavernes tuberculeuses creusées au milieu du tissu pulmonaire; chez l'une, il y a absence de la preuve anatomique, la seule que l'on puisse admettre à propos de cette dernière question ; chez l'autre, la preuve anatomique est douteuse.

6° La conclusion générale qui ressort naturellement de tout ceci, est : 1° que la phthisie pulmonaire à sa troisième période est susceptible de guérison, sans qu'on puisse dire d'une manière bien précise comment cette guérison s'effectue ; 2° que ces cas de guérison, au lieu d'être « extrêmement communs » (2) comme le disait Laënnec et comme le supposaient ses doctrines, sont au contraire extrêmement rares, eu égard à la fréquence de la phthisie ; 3° que la possibilité de cicatrisation complète des cavernes tuberculeuses creusées

(1) Encore, aucun signe physique n'avait-il prouvé qu'elle en fût réellement à la troisième période.

(2) Auscult. méd., éd. de 1837, 2e vol., p. 155.

au milieu du tissu pulmonaire, et la possibilité de guérison de la phthisie par ce moyen, reste encore un fait à démontrer; 4° que la tendance des cavernes au resserrement et à l'oblitération, quoique rendue probable par différentes raisons (1), n'a pas encore reçu de preuve anatomique directe; 5° que, dès lors, en admettant comme positifs et comme très communs ces deux ordres de faits seulement possibles, Laënnec a commis une grave erreur, et que cette erreur vient: *a* de ce qu'il a pris pour des cicatrices de cavernes des altérations qui témoignent seulement de l'existence antécédente d'une pleurésie; *b* de ce qu'il a pris pour des cavernes tuberculeuses des excavations d'une tout autre nature; *c* de ce qu'il a pris pour des cavernes tuberculeuses creusées dans le tissu pulmonaire ce qui n'était que de simples excavations, tuberculeuses ou non creusées, dans l'épaisseur d'une fausse membrane ou d'une dépendance de fausse membrane; *d* enfin, de ce qu'il a admis que ces cavernes étaient en voie de cicatrisation, tandis que rien n'autorisait cette opinion; 6° que la guérison de la troisième période de la phthisie pulmonaire paraît, dans l'état actuel de la science, avoir lieu plutôt par voie de conversion des cavernes en fistules, que par voie de cicatrisation de ces cavernes; 7° que les seuls cas de phthisie à la troisième période qui paraissent susceptibles de guérison, sont ceux dans lesquels le dépôt tuberculeux, *borné primitivement à une partie très limitée* du poumon, s'est fondu presque tout entier ou en une seule et même caverne, ou bien en deux cavernes rapprochées l'une de l'autre. La grande rareté de ces cas explique la rareté plus grande encore de la guérison de la phthisie pulmonaire à sa troisième période.

Aux pages 149 et 150 (2), Laënnec dit quelques paroles

(1) Et en particulier par la propriété de rétractilité du tissu fibreux qui concourt à la formation de leurs parois.

(2) Auscult. méd., éd. de 1837, vol. 2.

fort justes qui confirment la dernière proposition ou conclusion que je viens d'énoncer : « On ne doit pas, dit-il, perdre toute espérance dans les cas de phthisie pulmonaire à la troisième période dans lesquels la percussion et l'auscultation indiquent que la plus grande partie du poumon est encore perméable à l'air. » Plus loin il ajoute, comme corollaire, que des symptômes généraux graves sont d'un moins fâcheux augure quand ils coexistent avec les signes d'une caverne très étendue, parce qu'on peut alors les attribuer aux efforts de la nature pour l'évacuation de la matière tuberculeuse; tandis que, dans le cas opposé, il n'y aurait qu'un grand nombre de tubercules qui pût déterminer des symptômes généraux graves, avant que leur ramollissement fût assez avancé pour produire des cavités ulcéreuses.

M. Andral a publié dans sa Clinique médicale (1), sous le titre *Cicatrisation des excavations tuberculeuses du poumon*, une série d'observations fort importantes pour le sujet que nous traitons, et qui réclament une lecture attentive. Elles représentent à peu près complétement l'état actuel de la science sur cette question. On y trouve à la fois ce qu'il y a de certain, de probable et de douteux, soit dans le sens du *oui*, soit dans le sens du *non*. Au milieu des erreurs, que nous venons de combattre, on y trouve souvent la preuve même de ces erreurs. 1° On n'y voit nulle part réunies la preuve anatomique et la preuve symptomatique de la cicatrisation des cavernes. On n'avait pas constaté, à une époque plus ou moins antérieure à la mort, les signes physiques de cavernes pulmonaires; on n'avait pas constaté la diminution successive de ces signes; et les désordres trouvés à l'autopsie ne peuvent pas, d'une manière irrécusable, être attribués à une tendance des cavernes tuberculeuses à la cicatrisation, ou bien à cette cicatrisation déjà effectuée. Le premier de ces deux éléments, la symptomatologie, est indispensable à

(1) Clinique méd., 2e éd., 2e vol., p. 381.

une bonne solution de la question ; on en a la preuve, quand on lit dans une de ces observations (1): « *Qu'un homme paraissant phthisique au dernier degré, et qui succomba deux jours après son entrée à l'hôpital, n'avait dans les poumons que des tubercules crus ou ramollis.* » Il est fréquent d'observer les signes rationnels du troisième degré de la phthisie chez des sujets qui, à l'autopsie, ne présentent que des tubercules entièrement crus ou à peine un peu ramollis. Les circonstances anatomiques capables d'aider à la solution de la question, sont donc les seules que nous trouvions dans ces observations. 2° Or, parmi ces circonstances, il en est qui parlent *pour*, il en est d'autres qui parlent *contre* l'opinion de l'auteur. Voyons-les successivement.

1° Une cavité de peu d'étendue (2), ou quelquefois deux petites cavités communiquant entre elles par une sorte de trajet fistuleux (3), se rencontrent dans le sommet de poumons qui sont parsemés de tubercules crus, de tubercules ramollis ou de cavernes ; ces cavités peuvent dès-lors être prises pour d'anciennes cavernes tuberculeuses. 2° Une bronche s'ouvre dans ces cavités (4), et le calibre de cette bronche est disproportionné à l'étendue de la petite excavation qui la reçoit; ce qui fait supposer que cette excavation a eu autrefois plus d'étendue qu'elle n'en a aujourd'hui (5). 3° Ces cavités correspondent à une dépression et à un froncement de la partie correspondante de la surface du poumon; ce qui fait penser que cette dépression et ce froncement sont le résultat du mouvement de retrait auquel ont obéi les parois de la caverne, mouvement auquel aurait obéi aussi la partie correspondante du poumon (6). 4° Une cavité de peu d'étendue, remplie par une matière purulente, recevant une

(1) Clinique méd. 2e édit., 2e vol. Observ. G., p. 387.

(2) Observ. A, p. 382.

(3) Observ. B, p. 383. — (4) Observ. A et B, p. 382, et 383. — (5) Page 383. — (6) Observ. A et B, p. 883.

large bronche, existait dans le lobe inférieur du poumon droit d'un individu qui, d'ailleurs, ne présentait aucune trace de tubercules; cette cavité pourrait être prise pour une caverne tuberculeuse provenant de la fonte d'un tubercule unique et en voie de cicatrisation (1). 5o Un poumon, contenant des tubercules à divers degrés, présente dans l'un de ses lobes supérieurs une masse cartilagineuse pleine vers laquelle se dirige une grosse bronche qui s'oblitère tout-à-coup à son niveau; on est conduit à penser que cette masse cartilagineuse est la cicatrice pleine d'une caverne à laquelle se rendait la bronche aujourd'hui oblitérée, comme cela avait lieu dans les cas précédents (2). 6° Chez plusieurs autres sujets, offrant ou non des tubercules, des bronches volumineuses venaient brusquement s'oblitérer et se perdre dans une lame plus ou moins épaisse de tissu fibreux; on peut vouloir interpréter ce fait dans le même sens que le précédent, avec cette différence que dans le dernier cas la cicatrice est linéaire et plate, au lieu d'être volumineuse et pleine (3). 7° Du tissu fibreux ou fibro-cartilagineux peut, à l'exemple de toute autre production morbide, être déposé primitivement dans le tissu pulmonaire; on le distingue du tissu fibreux ou fibro-cartilagineux qui sert à former les cicatrices de cavernes à ces deux caractères: *a* qu'il a son siége dans les espaces interlobulaires, au lieu de l'avoir dans le lobule lui-même; *b* qu'aucune bronche ne vient y aboutir comme dans les cas précédemment cités (4). 8o Au-dessous d'un froncement de la surface d'un poumon rempli de tubercules, existait une masse solide, recevant à sa périphérie de grosses bronches dont la cavité s'effaçait brusquement, et contenant à son centre un noyau de substance plâtreuse; ce noyau de substance plâtreuse n'était-il pas formé par de la substance tuberculeuse;

(1) Observ. C, p. 384. —(2) Observ. D, p. 385.
(3) Observ. E, p. 386. — (4) Observ. F, p. 386.

desséchée au milieu d'une caverne en voie de cicatrisation (1)? 9° Lorsque aucune trace de tubercules ne se rencontre autour des lames ou masses du tissu fibreux qui sont prises pour des cicatrices de cavernes, c'est que probablement la phthisie consistait dans les seuls tubercules qui ont formé la caverne cicatrisée ; cette limitation de la phthisie à un ou deux tubercules a dû être une circonstance favorable à la cicatrisation de la caverne (2).

Telles sont les raisons *pour* qui ressortent des observations et de l'analyse de M. Andral. Voyons les raisons *contre*; les numéros sous lesquels je vais les inscrire correspondront aux numéros précédents.

1° L'existence de tubercules à divers degrés dans les poumons où ont été rencontrées les cavités décrites dans les observations A et B (3), la circonstance de bronches volumineuses qui s'y ouvrent ou bien qui vont, en s'oblitérant brusquement, se confondre avec le tissu fibro-cartilagineux qui forme paroi à ces cavités, sont, il est vrai, des raisons de penser que ces excavations étaient autrefois des cavernes tuberculeuses; mais elles ne sont pas des preuves absolues de la nature tuberculeuse de ces cavités. Les cavités tuberculeuses sont plus fréquentes, il est vrai, dans les poumons, que les cavités de toute autre nature; mais le petit nombre de cas que l'on cite de cavernes tuberculeuses en cicatrisation est assez en rapport avec le petit nombre de cas où des cavités de nature non tuberculeuse se rencontrent dans les poumons. D'ailleurs, les caractères anatomiques des cavités citées chez les malades A et B comme des cavernes en cicatrisation, étaient tout-à-fait semblables aux caractères anatomiques des cavités rencontrées dans les poumons de la malade H (4); or, chez cette malade, tout se réunit pour faire penser qu'il n'y avait pas

(1) Observ. G, p. 387. — (2) Page 390. — (3) Pages 382, 383. — (4) Page 388.

chez elle affection tuberculeuse, et que les altérations rencontrées dans ses poumons se rapportaient à une tout autre nature que la nature tuberculeuse : son âge (50 ans); l'absence de toute trace de tubercules; l'existence d'une cavité occupée par une concrétion cartilagineuse hérissée d'aspérités, libre dans cette cavité, que M. Andral lui-même considère comme une masse de cartilage détachée du poumon (1); l'existence d'autres cavités toutes semblables mais vides; la présence, dans d'autres parties du poumon, de petites masses cartilagineuses semblables à la précédente, mais encore adhérentes au tissu pulmonaire environnant; la communication de toutes les petites cavités précédentes avec de grosses bronches, par lesquelles les cavités qui étaient vides s'étaient sans doute débarrassées des petites masses cartilagineuses qui (probablement) les avaient occupées autrefois, de la même manière que tendait à le faire la cavité qui était encore occupée par une masse cartilagineuse; la forme hérissée de cette masse de cartilages, forme que prennent ordinairement les corps durs qui disparaissent graduellement au milieu de nos tissus, est une nouvelle raison d'admettre l'interprétation précédente. Tout, comme on le voit, tend à prouver que, chez cette malade, l'affection des poumons n'était pas de nature tuberculeuse, et qu'elle consistait seulement en une sécrétion cartilagineuse dont le produit était le siége d'un travail d'élimination. 2° La communication des cavités trouvées dans les poumons des malades A et B avec le système bronchique, ne peut être une preuve que ces cavités aient été autrefois des cavernes tuberculeuses, puisque, chez la malade H, exempte d'affection tuberculeuse, des cavités qui ne servaient qu'à l'élimination de masses cartilagineuses communiquaient aussi avec de grosses bronches. Ainsi, établissons bien ce fait : que la communication d'une cavité pulmonaire avec le système bron-

(1) Page 388.

chique ne peut être une preuve que cette cavité soit un reste de caverne tuberculeuse.—La disproportion entre le calibre de la bronche et l'étendue de la cavité qui la reçoit ne peut prouver que cette cavité, de quelque nature qu'elle soit, ait été autrefois plus grande qu'elle ne l'est actuellement; parce qu'il est tout naturel qu'une bronche se dilate sous la pression incessante de la colonne d'air qui pénètre dans les poumons; parce que le peu de résistance que présentent dans ce point les parois bronchiques les exposent à une dilatation plus considérable que la cavité à laquelle elles aboutissent, attendu que la coque fibreuse ou fibro-cartilagineuse qui forme les parois de cette cavité, résiste beaucoup plus à l'effort latéral de la colonne d'air de l'inspiration (1). La justesse de cette explication est rendue évidente par l'observation C (2), dans laquelle on voit une grosse bronche se rétrécir brusquement en traversant une intersection fibreuse, et, au-delà, se dilater de nouveau dans une cavité adjacente. 3° Quant aux froncements de la partie correspondante de la surface des poumons, j'ai déjà démontré qu'ils dépendent du travail organique qu'a déterminé la pleurésie partielle, développée elle-même dans ce point par le voisinage de la caverne ou par toute autre cause. Ainsi, ces froncements peuvent indiquer que le travail d'élimination qui a entraîné la formation d'une cavité a occasionné une pleurésie partielle dans la partie correspondante de la surface du poumon; mais non pas que l'excavation a diminué d'étendue et a commencé à se cicatriser. 4° L'absence de toute trace de tubercules dans l'observation C (3); la forme oblongue de la cavité trouvée dans l'un des poumons; les parois de cette cavité formées, d'un côté seulement, par une lame fibreuse tangente à la cavité, tandis que de l'autre elles étaient constituées seulement par le

(1) Voyez Obs. A, B et G, p. 382, 383, 387. — (2) Obs. C, p. 484. — (3) Page 384.

tissu pulmonaire; la continuité de cette cavité avec un gros tuyau bronchique qui s'y rendait en traversant la lame fibreuse précédente; le rétrécissement considérable de la bronche au niveau de cette lame fibreuse, et sa dilatation en-deçà et au-delà; tout fait présumer que la cavité en question était tout simplement une dilatation assez considérable d'une extrémité bronchique. En effet, on sait qu'un tuyau dans lequel un courant circule sans cesse se dilate en deçà et au-delà du point au niveau duquel il est comprimé. Dans tous les cas, cette cavité ne paraît point être de nature tuberculeuse. 5° Dans l'observation D (1) une grosse bronche vient s'oblitérer tout à coup contre une masse cartilagineuse trouvée dans un poumon infiltré de tubercules. « La disposition de la bronche est le seul indice, dit lui-même M. Andral, qui nous conduise à admettre qu'une cavité avait existé là où nous trouvons maintenant une masse cartilagineuse (2); » or, nous avons vu, chez une malade exempte d'affection tuberculeuse (3), que des bronches dilatées se rendaient vers des points du poumon occupés actuellement, ou qui avaient été occupés par des masses cartilagineuses; nous avons vu que des masses cartilagineuses déposées dans les poumons pouvaient être étrangères à la tuberculisation de ces organes; et, d'ailleurs, n'est-il pas tout naturel qu'une bronche se dilate en deçà du point où elle est oblitérée. 6° Rien ne prouve que les intersections fibreuses, sous forme de lames, qu'on rencontre chez les individus tuberculeux, et à plus forte raison celles qu'on trouve chez les individus non tuberculeux, soient des cicatrices de cavernes; des raisons puissantes, précédemment exposées, doivent les faire considérer comme un produit de sécrétion primitive, ou comme un résultat d'anciennes pleurésies. Quant aux bronches qui s'y rendaient et s'oblitéraient brusquement à leur rencontre, leur dilatation au devant de ce point

(1) Obs. D, page 385. —(2) *Ibid.* —(3) Obs. H, page 388.

de rencontre est simplement, comme je viens de le dire, un effet de la pression atmosphérique. 7° On est loin de pouvoir toujours distinguer le siége lobulaire ou interlobulaire des productions fibreuses des poumons, et la présence ou l'absence de bronches qui viennent s'y rendre ne peut être un moyen de distinguer celles qui sont primitives de celles qui sont consécutives; car une dissection attentive fait reconnaître que des bronches aboutissent aux intersections fibreuses superficielles, qui évidemment ne sont que des suites de pleurésies; car de grosses bronches venaient s'ouvrir chez la malade de l'observation H dans des cavités résultant de l'élimination de masses cartilagineuses primitives; car une grosse bronche venait, chez la même malade, s'oblitérer brusquement contre une de ces masses cartilagineuses primitives. 8° Tout en admettant comme prouvé que la substance plâtreuse trouvée dans le poumon du malade de l'observation G soit de la matière tuberculeuse desséchée et en voie de résorption, on n'a aucune raison de penser qu'il existait chez ce sujet une caverne en cicatrisation. En effet, voilà quelles sont, à ce sujet, les expressions de M. Andral. « Les deux poumons étaient remplis de tubercules crus ou ramollis. De plus, le sommet du poumon droit était dur et rugueux à l'intérieur, comme déprimé; incisé en ce point, son tissu présenta *plusieurs masses noires* au centre desquelles existaient *des tubercules* de consistance plâtreuse (1). » 9° Lorsqu'aucune trace de tubercules ou de cavernes ne se rencontre autour des lames ou masses de tissu fibreux que Laënnec dit être des cicatrices de cavernes, il ne serait pas rigoureux d'admettre sans autre preuve que la phthisie consistait, chez ces malades, en un seul ou deux tubercules d'où serait née la prétendue caverne cicatrisée; en effet, il est bien plus probable que ces lames ou masses fibreuses sont des productions primitives,

(1) Page 387.

ou bien des résultats de pleurésie ancienne; et, d'ailleurs, les cas où la phthisie pulmonaire consiste dans un ou deux tubercules seulement sont trop rares pour expliquer le grand nombre de cas où l'on trouve dans les poumons des productions fibreuses comme celles que Laënnec a appelées des cicatrices de cavernes. 10° Ne pourrait-on pas croire que beaucoup des cavités pulmonaires que l'on a regardées comme des cavernes en cicatrisation n'étaient autre chose que des dilatations bronchiques, quand on lit les paroles suivantes de M. Andral (1), à propos d'une malade citée par lui comme un exemple de cicatrisation de cavernes (2): « Dans ce même lobe, tout à fait au sommet, une bronche considérable se terminait en cul-de-sac au milieu d'un tissu induré, sans autre production accidentelle. N'y avait-il eu dans ce point que simple dilatation d'une bronche? »

Nous pouvons donc, après ce nouvel examen de faits, maintenir dans tout leur entier les conclusions que nous avons données précédemment.

En me voyant ainsi tirer des propres observations de M. Andral des conclusions si différentes de celles que lui-même en a tirées (3), personne ne s'étonnera que le disciple et l'ami de cet illustre maître, cherche à le suivre dans la seule voie où il puisse prétendre l'égaler, celle de la vérité et de l'impartialité médicales.

De nos jours, beaucoup de médecins affirment avoir vu des cicatrices de cavernes pulmonaires tuberculeuses. Mais si l'on examine les faits qu'ils citent, on reconnaît que ces prétendus cas de cicatrices de cavernes rentrent dans l'une des conditions que j'ai exposées. L'erreur de Laënnec s'est perpétuée par la cause même qui l'avait fait naître, la prévention : sur de spécieuses apparences, des altérations étrangères à la phthisie avaient été prises pour des restes de la cicatrisation des cavernes, et sans discuter l'exactitude de

(1) Ouvrage cité, page 389. — (2) Obs. H., page 383. — (3) Page 390.

ce rapport on s'est appuyé sur lui comme sur un fait démontré.

De tout cet ensemble de recherches il résulte, comme application à la thérapeutique, que, pour se placer dans la voie la plus favorable à la guérison de la troisième période de la phthisie pulmonaire, il convient de chercher, par l'ensemble des moyens hygiéniques et médicamenteux qui composent le traitement général que j'ai indiqué, à prévenir la formation de nouveaux tubercules et à détruire la cachexie tuberculeuse générale, en un mot, à réduire la maladie à être locale. Alors, les excavations tuberculeuses des poumons cessant d'être influencées par l'élément morbide général qui tendait sans cesse à les multiplier et à les accroître, seront réduites à l'état de simples trajets fistuleux. Dans cet état, si tant est qu'elles aient quelque tendance à se rétrécir et à s'oblitérer, on favorisera cette tendance en diminuant autant que possible la sécrétion puriforme qui se fait à leur intérieur. D'après les expériences faites, les vapeurs de chlore paraissent, plus que tout autre moyen spécial, susceptibles de diminuer cette sécrétion : c'est sous ce point de vue seulement qu'on peut les considérer comme favorables à la guérison des cavernes tuberculeuses.

ARTICLE III.

DE LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE A SA PREMIÈRE PÉRIODE.

I. Laënnec s'était exagéré deux choses : d'une part, la curabilité de la troisième période de la phthisie; d'autre part, l'incurabilité de la première période de cette affection. L'influence que les travaux de ce grand maître ont exercée sur notre siècle a été telle, que, sur ces deux points comme sur beaucoup d'autres, on a accepté de confiance ce qu'il avait dit, cherchant partout des faits confirmatifs, et ne se

doutant pas même, le plus souvent, que l'observation pût fournir des preuves en sens inverse.

Laënnec convient qu'il est au pouvoir de la médecine « de ralentir le développement des tubercules, de suspendre leur marche rapide, mais non pas, dit-il, de leur faire faire un pas rétrograde » (1). Ailleurs il prétend que la phthisie pulmonaire au premier degré est absolument incurable, « parce que la nature ne fait que des efforts contraires à la guérison, et que l'art n'en peut faire que d'inutiles : les tubercules crus tendent essentiellement à grossir et à se ramollir. » Laënnec appuie son opinion sur les observations de Bayle, qui, dit Laënnec, « prouvent suffisamment que l'idée de la possibilité de guérir la phthisie au premier degré est une illusion. » Ainsi, les observations de Bayle, etc., les efforts inutiles de l'art, la tendance des tubercules à grossir et à se ramollir, sont les seules preuves alléguées par Laënnec pour établir l'incurabilité absolue de la première période de la phthisie pulmonaire.

Qu'on lise avec attention les observations contenues dans l'excellent ouvrage de Bayle, et on sera étonné, d'après cette assertion de Laënnec, de n'y trouver nulle part la preuve de l'incurabilité de la première période de la phthisie pulmonaire. Les éléments premiers, indispensables à la solution de cette question, le diagnostic de cette première période, la connaissance des causes de la maladie, et un sage traitement hygiénique et thérapeutique, loin de s'y trouver réunis, n'y existent que très incomplets, quelques-uns même pas du tout; ils sont incomplets chez tous les malades; ils manquent en tout ou en partie chez un grand nombre d'entre eux. Comment dès lors pouvoir conclure que ces observations prouvent l'incurabilité de la phthisie pulmonaire à sa première période? Nulle part, il est vrai, on n'y rencontre la preuve de la curabilité de cette affec-

(1) Auscult. médiate, édit. de 1837, vol. 2, p. 98.

tion; mais peut-il en être autrement, quand nulle part on n'y trouve les conditions dans lesquelles cette curabilité pourrait se développer? Encore peut-on dire que dans plusieurs des observations de Bayle on trouve, comme témoignage de la curabilité des tubercules à l'état de crudité, quelques-unes des circonstances anatomiques que j'invoquerai un peu plus loin en faveur de cette opinion. Il en est des autres observations publiées sur la phthisie pulmonaire, qui sont à ma connaissance, comme des observations de Bayle: elles ne prouvent nullement l'incurabilité de la première période de la phthisie; elles ne sont même point aptes à fournir cette preuve.

« Les tubercules tendent toujours à grossir et à se ramollir; la nature ne fait que des efforts contraires à leur guérison, » a dit Laënnec; mais les tubercules sont des corps inorganiques; ils n'ont pas d'existence qui leur soit propre; ce n'est pas dans eux-mêmes qu'ils puisent leur tendance à grossir et à se ramollir, c'est dans les conditions générales de la constitution du sujet et dans les conditions locales des poumons. A-t-on jamais connu assez complétement les deux ordres de causes qui influencent cet état local et général? a-t-on jamais combattu leur influence et leurs effets d'une manière assez satisfaisante et pendant un temps suffisant, pour qu'on puisse prononcer sur l'incurabilité absolue de la phthisie à sa première période? La raison de cette incurabilité ne serait-elle pas plutôt dans les hommes qui l'ont admise que dans la maladie elle-même? On ne pourra prouver que la maladie est incurable par le fait même de sa nature, que lorsqu'on aura rempli vainement toutes les conditions qui pourraient établir sa curabilité; or, a-t-on jusque-là rempli ces conditions, dont les premières sont, comme je le disais précédemment, la connaissance exacte des causes locales et générales de la maladie, le diagnostic de la première période établi sur des signes positifs, enfin l'emploi,

dès cette première période, d'une thérapeutique en rapport avec la connaissance des causes et de la nature de l'affection? Évidemment non. Qu'on détruise donc les conditions locales et générales qui favorisent le développement successif et ensuite le ramollissement des tubercules, et leur tendance à se développer et à se ramollir cessera par cela même, et ils seront alors réduits à la condition de corps étrangers déposés au milieu d'un tissu vivant, et ils en subiront la conséquence. Or, cette conséquence sera, très probablement, dans un certain nombre de cas, la soustraction moléculaire de ce corps étranger par la voie de l'absorption. Je dis *probablement*, pour n'avoir pas l'air, aux yeux du lecteur, de rien préjuger; mais nous allons voir, un peu plus loin, que la chose est en effet, chez un certain nombre de malades, comme je la suppose. Or, cette soustraction moléculaire du corps étranger sera l'effort salutaire fait par la nature pour s'en débarrasser; seulement, pour que cet effort aboutisse à cette soustraction moléculaire au lieu d'aboutir à la suppuration éliminatrice des tubercules et des parties qui les environnent, il faut placer les poumons et l'organisme tout entier dans des conditions telles que les tubercules n'y puisent pas une tendance à se développer et à se ramollir. Ainsi donc, on n'a point acquis le droit de dire que les tubercules constituent une maladie incurable par elle-même, et que la nature n'est capable que d'efforts contraires à leur guérison. Il est à croire, au contraire, que rien, dans la nature de la matière tuberculeuse, ne s'oppose à ce qu'elle soit reprise par l'absorption, pourvu qu'on ait fait cesser les conditions locales et générales qui en provoquent sans cesse le développement et le ramollissement. C'est donc à cela que doivent tendre tous nos efforts.

Mais l'art est-il impuissant à atteindre ce but et à placer l'organisme dans les conditions favorables à l'exercice de l'absorption moléculaire dont je parlais tout à l'heure? C'est

ce que l'on a prétendu : « l'art, a-t-on dit, ne peut faire que des efforts inutiles. » Où sont les fondements d'une doctrine aussi décourageante ? A-t-on demandé à l'art tout ce qu'il pouvait fournir, pour être en droit de le frapper ainsi de nullité ? A-t-on bien rempli les conditions exigées dans la circonstance dont il s'agit ? Par exemple, les représentants de cette doctrine ont-ils établi sur des bases solides le diagnostic des tubercules encore crus et peu nombreux, afin d'appliquer à cette époque de la maladie et non pas à toute autre le traitement convenable? Ce traitement a-t-il été encore sagement réglé sur la connaissance exacte des causes locales et générales de la maladie ; a-t-on fait des essais nombreux, soutenus, qui prouvent l'impuissance d'un traitement basé sur les conditions précédentes ? Personne n'oserait répondre oui ; personne n'a donc le droit d'accuser l'impuissance de l'art. Mais les hommes d'expérience ne mettent pas en doute que l'art, entendu de la sorte, ne soit capable de prévenir l'action des influences locales et générales qui provoquent le travail de tuberculisation et qui favorisent le développement consécutif des tubercules déjà formés, ne doutent pas que l'art ne soit capable de modifier profondément l'organisme malade et de le faire rentrer, chez un certain nombre d'individus, dans des conditions telles, qu'aucun tubercule nouveau ne prenne naissance, et que les tubercules anciens restent stationnaires. Les partisans eux-mêmes de l'incurabilité ne peuvent faire autrement que d'admettre ce fait, et ils l'admettent formellement. Or, placer l'organisme dans de telles conditions, c'en est assez pour que les tubercules, réduits à l'état de corps étrangers dont rien n'influence le développement, puissent être repris par un travail d'absorption moléculaire. D'ailleurs, n'a-t-on pas vu qu'à l'aide de nos recherches il devient possible, chez un certain nombre de malades, de reconnaître la phthisie avant même

que son élément local ne soit effectué ; or, cela étant donné, ne voit-on pas, comme conséquence au principe précédent, qu'une sage thérapeutique appliquée à cette époque préviendra le mal au lieu d'avoir à l'arrêter dans sa marche?

C'est donc *sans y être autorisé par des preuves suffisantes*, que l'on a admis : que la phthisie pulmonaire à la première période était incurable de sa nature ; que l'organisme n'était capable que d'efforts contraires à sa guérison, et que l'art, de son côté, n'en pouvait faire que d'inutiles. On n'est donc pas en droit de dire : que la phthisie pulmonaire au premier degré est absolument incurable, et que c'est une illusion que de s'arrêter à la pensée de la possibilité de sa guérison (1). Plus bas, j'espère, j'irai plus loin, et je démontrerai que la curabilité de la première période de la phthisie est admissible en principe, et qu'elle l'est en fait chez un certain nombre d'individus.

II. On trouve assez fréquemment occasion, dans les hôpitaux de Paris, d'ouvrir des individus phthisiques au premier degré, qui ont succombé à toute autre affection que la phthisie. Voilà ce que présentent leurs poumons sous le point de vue de la question qui nous occupe.

1° Dans le plus grand nombre d'entre eux, des tubercules crus et *frais*, c'est-à-dire non desséchés, sont déposés çà et là au milieu du tissu pulmonaire dans lequel on peut à peine saisir quelques légers changements anatomiques, par exemple, une teinte un peu plus vasculaire et un peu plus de densité réunie à un peu moins de souplesse ; cela est surtout autour des tubercules réunis en groupes. Ou bien, on trouve des tubercules épars au milieu d'un tissu parfaitement sain.

2° Quand les tubercules sont réunis en groupes, que ces groupes sont nombreux et que leur date paraît être plus

(1) Auscult. médiate, édit. de 1837, vol. 2, p. 98.

ancienne, le tissu pulmonaire qui environne chacun de ces groupes est bien manifestement comme infiltré d'un liquide séro-sanguinolent, qu'on ne peut en exprimer, parce qu'il est en petite quantité et qu'il est en quelque sorte demi-concret. L'infiltration de ce liquide donne au tissu pulmonaire une teinte fauve pâle, unie à moins de souplesse et à plus de densité de ce tissu.

3° Si ces groupes de tubercules peu nombreux, ou ces tubercules épars, sont trouvés chez un sujet qui depuis long-temps n'avait donné aucun symptôme de phthisie, que l'on n'avait aucune raison de croire phthisique, chez lequel, selon toute apparence, l'éruption de tubercules que l'on observe avait une date déjà un peu ancienne, la teinte du tissu pulmonaire contre lequel appuient les tubercules est d'un fauve plus pâle, d'une souplesse encore moindre que dans le cas précédent, et d'une densité plus marquée. Il semble que ce tissu soit infiltré de sérosité seulement, mais d'une sérosité devenue concrète. En un mot, à l'époque dont je parle, ce tissu représente, tout autour des tubercules et surtout des petits groupes de tubercules, une substance pâle, un peu dure, légèrement saillante au-dessus de la surface de la coupe, et dont la densité, assez marquée tout autour des tubercules, diminue graduellement à mesure qu'on s'en éloigne, et cesse à quelques lignes de là.

4° Chez d'autres malades, cette couche de tissu pulmonaire circonvoisine aux tubercules, et surtout aux petits groupes de tubercules, est trouvée plus dense, plus dure, d'une teinte d'un blanc sale foncé, un peu grisâtre ou même mêlée de quelques points de matière noire. Les petits rameaux bronchiques qui pénètrent dans cette couche de tissu pulmonaire sont rétrécis ou entièrement oblitérés, et l'air n'arrive plus qu'à une certaine distance des tubercules ainsi circonscrits.

5° L'épaisseur de cette couche de tissu pulmonaire induré

est ordinairement proportionnelle au nombre des tubercules qu'elle circonscrit et au degré de densité, c'est-à-dire d'ancienneté qu'elle a acquise. Elle offre quelquefois plusieurs lignes d'épaisseur, et même davantage à l'époque que suppose la description précédente; elle est quelquefois fort épaisse autour des groupes de tubercules, surtout quand les tubercules qui forment ces groupes laissent entre eux quelque intervalle, parce qu'alors les diverses couches d'induration se confondent les unes avec les autres; elle est presque toujours très mince autour des tubercules isolés.

6° Si, en même temps qu'on fait les remarques précédentes sur le tissu pulmonaire circonvoisin aux tubercules, on examine ceux-ci, on voit que la matière qui les forme, d'humide, graisseuse et résistante qu'elle était dans le tissu pulmonaire sain, est un peu *desséchée*, à peine graisseuse, et comme un peu friable quand le tissu pulmonaire qui l'entoure a subi les premiers degrés des changements que je viens d'indiquer. On voit qu'elle devient de plus en plus sèche et plus friable à mesure que le tissu pulmonaire qui l'entoure est lui-même plus induré, et que cette induration représente une couche plus épaisse.

7° Si bien que, chez d'autres malades, l'ensemble des changements que je décris présente les caractères suivants: 1° couche plus ou moins épaisse de tissu pulmonaire transformé en une masse dure, comme fibreuse, criant un peu sous le scalpel, d'une teinte blanc sale, un peu grisâtre, d'un blanc plus pur et d'une densité plus grande dans sa partie immédiatement en contact avec les tubercules, diminuant de densité et s'infiltrant de matière noire à mesure qu'on s'éloigne de ces derniers, et se confondant graduellement, au-delà, avec un tissu pulmonaire simplement induré et infiltré de beaucoup de matière noire, surtout quand la masse d'induration que je décris est près de la surface du poumon. 2° On trouve quelquefois, tout-à-fait au centre de

cette masse, d'autres fois dispersés çà et là dans son épaisseur, des noyaux plus ou moins régulièrement arrondis de matière sèche, friable, *plâtreuse*, d'un blanc sale, qui s'écrase facilement sous le doigt en formant une sorte de pâte sèche, mais qui renferme encore assez de matière animale pour communiquer au doigt un reste d'onctuosité et pour graisser encore un peu le papier décollé sur lequel on la fait chauffer. Quelquefois cette matière est devenue plus dure encore, plus sèche, plus dépourvue de matière animale; elle est alors comme *crayeuse*. 3° Les rameaux bronchiques s'oblitèrent au niveau de l'induration fibreuse que je viens de décrire, et, assez souvent, offrent en deçà un peu de dilatation. Autour de cette masse indurée, ou dans son voisinage, se trouvent quelquefois des tubercules *frais*, comme je les ai nommés précédemment; ou bien, autour de la masse d'induration que je viens de décrire, on ne trouve dans le poumon aucune trace de tubercules frais ou anciens, ramollis ou non.

En effet, la présence de tubercules crus ou ramollis, quelquefois l'existence de cavernes tuberculeuses, attestent, chez un certain nombre de malades, la nature tuberculeuse de cette matière aujourd'hui sèche et plâtreuse. Tout semble prouver que cette matière appartient à une première éruption tuberculeuse qui était en voie de guérison quand une autre éruption est venue surprendre le malade. Quelquefois même, quand on a recueilli avec beaucoup de détails les antécédents des malades, et quand on rapproche, sous le rapport de leurs dates approximatives, les lésions anatomiques et la symptomatologie, quelquefois, dis-je, on découvre un rapport assez exact entre telle éruption tuberculeuse et telle série de symptômes qui ont eu lieu à une certaine époque. Chez les malades dont les poumons présentent, sans autre trace de tubercules, ces masses d'induration qui renferment dans leur centre, ou épars dans

leur épaisseur, des noyaux de substance plâtreuse, d'autres raisons autorisent à croire que cette substance est un reste de matière tuberculeuse décomposée par l'absorption : 1° la similitude parfaite de ces masses d'induration et de cette substance plâtreuse dans les cas où des tubercules crus ou ramollis, épars dans les poumons, attestent leur nature, comme dans les cas où ce témoignage n'existe pas ; 2° l'enchaînement successif qui réunit les divers degrés d'altération que j'ai décrits précédemment, et qui conduit pas à pas l'observateur, depuis le moment où le tubercule est encore frais, jusqu'à celui où il s'est transformé dans la matière plâtreuse ou crayeuse indiquée ci-dessus ; 3° la différence qui existe entre la matière crétacée primitivement sécrétée par le poumon, et la substance plâtreuse que j'ai décrite : la première, d'une dureté presque pierreuse, agglomérée en petits grains très durs, composant des masses informes, toutes couvertes d'aspérités, que la simple pression entre deux doigts ne peut parvenir à écraser, dont la poudre n'offre rien d'onctueux au toucher, et qui ne graisse point le papier ; la seconde, sèche, mais malléable, facile à écraser sous le doigt, laissant au toucher une sensation de mou et d'onctueux, graissant un peu le papier sur lequel on la chauffe, ou bien se réduisant facilement, par la simple pression, en une poudre crayeuse, enfin présentant la forme arrondie et le volume ordinaire des tubercules ; 4° l'analyse comparative, faite par M. Thénard (1), de la matière tuberculeuse et de la matière plâtreuse dont il est question, analyse qui montre que la composition de cette dernière est la même que celle du tubercule, sauf la matière animale qui a disparu en tout ou en partie par voie de résorption ; 5° enfin, la marche ordinaire de la résorption des corps étrangers emprisonnés dans nos tissus, marche fixe, par laquelle les parties les moins solides et les plus animales de ces corps sont tou-

(1) Anatomie pathologique d'Andral, t. 1, page 417.

jours enlevées avant les parties solides et inorganiques. Mais supposons que quelquefois on puisse prendre pour de la matière tuberculeuse dégénérée ce qui ne serait qu'une matière calcaire primitivement sécrétée dans les poumons, cette erreur ne peut porter que sur un très petit nombre de cas, et la conséquence à laquelle conduit l'ensemble des autres cas n'en existe pas moins; cette conséquence, que je vais développer, est la possibilité de la guérison des tubercules crus des poumons par voie de transformation plâtreuse ou de dessiccation de la matière tuberculeuse, mode de guérison qui d'ailleurs ne se manifeste que chez les malades placés dans certaines conditions.

Les altérations que j'ai décrites précédemment occupent à peu près exclusivement le sommet des poumons. Quelquefois on les trouve dans des points plus ou moins éloignés du sommet. Dans des cas plus rares encore, on trouve pour toute trace de tuberculisation un seul ou deux tubercules, logés dans l'épaisseur du sommet du poumon, ou bien fort éloignés de leur siége ordinaire d'élection. Chez quelques malades, la transformation fibreuse du tissu pulmonaire autour d'un noyau de substance plâtreuse est placée très près de la surface du poumon; dans ces cas, on remarque ordinairement un peu de dépression et de froncement de la partie correspondante de cette surface; comme je l'ai démontré dans l'article précédent, ce froncement et cette dépression sont le résultat de la pleurésie partielle qu'avait provoquée, par son trop grand voisinage, le noyau tuberculeux sous-jacent.

En traçant le tableau des transformations successives qu'éprouve la matière tuberculeuse, je me suis arrêté à ce moment où elle se trouve réduite en une substance plâtreuse. Voyons maintenant ce qu'elle devient à partir de ce moment : Ici, comme précédemment, pour saisir l'ordre de succession des phénomènes, il faut rapprocher entre eux

plusieurs résultats d'autopsie, et réunir ainsi les anneaux épars de la chaîne.

8° On trouve quelquefois, chez le même malade, au milieu d'une même masse d'induration fibreuse, ou de plusieurs de ces masses éparses dans différents points du sommet des poumons, plusieurs noyaux de matière plâtreuse, dont les uns sont assez volumineux et encore incomplétement desséchés, dont les autres, très petits, sont tout-à-fait réduits en une substance crayeuse. Il en est de tellement petits qu'ils égalent à peine le volume d'une petite tête d'épingle, et qu'ils marquent à peine au milieu de la masse de tissu fibreux qui les environne; il faut quelquefois couper dans bien des sens cette masse fibreuse pour rencontrer ce dernier reste de substance tuberculeuse devenue plâtreuse ou crayeuse. Enfin, chez d'autres malades, quelquefois chez le même, on voit, à côté des altérations précédentes, une masse de tissu fibreux qui ne renferme plus rien dans son intérieur; tantôt ce tissu est tout-à-fait homogène, tantôt on trouve à son centre, ou dans quelque autre point de son épaisseur, une très petite fronçure qui semble témoigner de l'accomplissement tout récent encore de la période précédente. Il y a presque toujours rapport direct entre le degré de sécheresse et de dureté du noyau central de substance crayeuse ou plâtreuse, et la petitesse de ce noyau, et le degré de densité et d'épaisseur du tissu fibreux circonvoisin. On trouve plus souvent chez des malades séparés que chez un même malade la série des altérations et des transformations précédentes.

9° Les masses fibreuses qui ont servi à envelopper la matière tuberculeuse et à favoriser ses transformations successives, paraissent susceptibles, après l'entière disparition de la matière tuberculeuse, de disparaître elles-mêmes insensiblement par voie de résorption, comme nous avons vu que disparaissent de la surface du poumon les

épaisses lames, d'abord albumineuses, puis fibreuses et fibro-cartilagineuses, que la pleurésie y a déposées. En effet, on trouve quelquefois, chez le même malade, dans le même poumon ou bien dans les deux poumons, plusieurs masses fibreuses dont les unes renferment encore dans leur épaisseur les noyaux de substance plâtreuse dont j'ai parlé, et dont les autres, entièrement débarrassées de cette substance, offrent un volume disproportionné à celui des précédentes. Les très petits noyaux de substance fibreuse que l'on rencontre dans les poumons d'individus qui ont autrefois éprouvé des symptômes plus ou moins graves du côté de la poitrine, semblent, au moins chez un certain nombre d'entre eux, devoir appartenir à la série des transformations précédentes, dont elles seraient un degré plus avancé. Je ne prétends pas, comme l'avait fait Laënnec pour la cicatrisation des cavernes, que tous les noyaux de substance fibreuse que l'on rencontre dans les poumons, soient autant de restes de la résorption des tubercules. Beaucoup peuvent avoir été déposés là primitivement; plusieurs de ceux qui existent près de la surface du poumon peuvent être un résultat d'anciennes pleurésies, ainsi que je l'ai démontré dans l'article qui précède celui-ci; mais on ne peut contester que, parmi le nombre assez grand des sujets sur les poumons desquels on retrouve ces noyaux de substance fibreuse, il n'en soit au moins quelques-uns chez lesquels tout semble prouver, et tout prouve en effet, que ces noyaux ne sont qu'un degré plus avancé de la série des transformations précédentes, ne sont que la dernière trace du travail de résorption d'un ou de plusieurs groupes de tubercules: les symptômes observés chez le malade quelques années auparavant, la marche consécutive de la maladie à laquelle appartenaient ces symptômes, les antécédents du malade, l'énorme disproportion entre le volume de ces petits noyaux de substance plâtreuse et l'épaisseur de la couche fibreuse

qui l'enveloppe, quelquefois la coïncidence de ces altérations spéciales avec une éruption de tubercules plus ou moins récente, autorisent cette opinion; la grande fréquence des tubercules, la rareté des sécrétions fibreuses primitives des poumons, le siége de noyaux d'induration fibreuse dont il s'agit, la série des transformations précédemment exposée, dont ces noyaux fibreux semblent former un des derniers anneaux, l'analogie du travail de résorption qui s'opère sur des portions de fausses membranes anciennes encore plus dures et plus étendues, sont autant de raisons qui confirment cette opinion. Ce reste de noyau fibreux peut lui-même diminuer graduellement et finir par disparaître. Dans ce cas, une dissection attentive du tissu des poumons fait reconnaître que ce tissu a en quelque sorte éprouvé une traction vers un point plus ou moins profondément situé, et que ce point est l'aboutissant comme centre de quelques petits vaisseaux et de quelques rameaux bronchiques qui se terminent là en cul-de-sac. Quelquefois c'est le petit noyau de matière crétacée qui, à cause de sa dureté, semble avoir résisté le plus au travail d'absorption, car il reste presque seul au milieu du tissu pulmonaire qui est seulement un peu induré tout autour.

Tout observateur accoutumé aux recherches d'anatomie pathologique a constaté souvent les faits que je viens de rapporter; tout esprit non prévenu est presque nécessairement amené à les considérer comme une succession les uns des autres, à les ranger dans l'ordre suivant lequel je viens de les exposer, à reconnaître dans cet ordre les dates successives de leur manifestation, leur dépendance les uns des autres, et, dès lors, à les interpréter, au moins chez un certain nombre de malades, dans le sens où je l'ai fait. Les observations de M. Carswel (1) sont, sous ce point de vue,

(1) Clarck, Traité de la consomption. Citation, page 129, 135 et suiv.

tout-à-fait conformes aux miennes ; il en est de même de la plupart des travaux d'anatomie pathologique publiés depuis Laënnec. Ce résultat est forcé, parce que les faits qu'il s'agit de constater sont assez fréquents et assez évidents pour que les hommes qui cherchent à se mettre à l'abri de toute prévention s'accordent sur leur existence et sur les circonstances qui leur appartiennent. Souvent on constate des faits tels qu'ils sont, et les préventions ne se manifestent que dans leur interprétation : c'est ce qui est arrivé à quelques observateurs et à Laënnec en particulier. En lisant les belles descriptions d'anatomie pathologique qu'il a faites, on reconnaît dans plusieurs de ses passages les mêmes faits que je viens d'exposer. Je puis en rappeler ici quelques-uns : 1° En parlant des cavernes en cicatrisation, il dit (1) : « Elles contiennent fréquemment du phosphate calcaire terreux et humide. Plus souvent encore le tissu pulmonaire est infiltré de la même substance, plus ou moins sèche et mêlée de matière noire, *dans les points occupés précédemment par des tubercules*. Quelquefois on trouve de petits tubercules peu nombreux, produits d'une éruption primitive, dont quelques-uns sont crus ou ramollis à divers degrés, et *d'autres plus ou moins complétement détruits par l'absorption*, et remplacés par du phosphate calcaire à l'état terreux ou ostéo-pétré, qui semble avoir été exhalé à mesure que la matière tuberculeuse était absorbée. » On voit que Laënnec, entraîné en quelque sorte par l'évidence des faits, oublie qu'il a dit (page 98) que « les tubercules tendent toujours à grossir et à se ramollir, et que la nature ne fait que des efforts contraires à leur guérison. » Il ne s'aperçoit pas qu'après avoir admis l'incurabilité de la phthisie pulmonaire, il reconnaît ici sa curabilité de la manière la plus positive. Ces contradictions s'observent assez fréquemment chez les hommes de bonne foi, parce qu'il est des

(1) Auscult. médiate, édit. de 1837, vol. 2, p. 144, 145.

moments où leur esprit, dégagé de ses préventions ordinaires, n'obéit qu'à l'évidence des faits, et oublie que les conclusions qu'il en tire dans ce moment sont différentes de celles qu'il en a tirées quand il était dominé par ses préventions. 2° En plusieurs endroits, Laënnec autorise la pensée que les tubercules isolés ou réunis en groupes peuvent disparaître par absorption, et par leur transformation en matière blanche, friable, plâtreuse; il va même jusqu'à admettre ce mode de disparition pour la matière tuberculeuse qui a subi un commencement de ramollissement. Peut-être même est-on en droit de douter que, dans le fait qu'il cite aux pages 120 et 124 (1) en preuve de cette dernière opinion, la matière tuberculeuse ait jamais subi un commencement de ramollissement; car rien ne prouve que les tubercules fussent déjà arrivés à ce degré, car il est au moins douteux que la matière tuberculeuse qui a déjà subi un commencement de ramollissement puisse passer à l'état sec, friable et plâtreux. Laënnec admet à la page 124 que l'absorption de la matière tuberculeuse et sa conversion en une substance sèche et plâtreuse, peuvent avoir lieu indépendamment de la formation préalable d'une couche de tissu fibreux autour du tubercule. 3° J'ai démontré, dans l'article précédent, que les froncements de la surface du poumon et les noyaux fibreux que Laënnec considérait comme des traces de la cicatrisation d'anciennes cavernes, n'étaient presque toujours que le reliquat d'anciennes pleurésies. Mais admettons avec Laënnec que, dans un certain nombre de cas, ces noyaux et ces froncements fibreux soient des effets directs de l'affection tuberculeuse des poumons, nous aurons au moins tout autant de raisons de les rattacher au travail de résorption des tubercules crus que de les considérer, avec Laënnec, comme des cicatrices de cavernes. En effet, je viens de dire qu'un noyau de sub-

(1) Auscultation médiate; édit. de 1837, 2 vol., p. 120, 124.

stance fibreuse se forme autour des tubercules ou des groupes de tubercules qui sont soumis au travail de résorption que j'ai exposé précédemment, et j'ai établi également que ce noyau de substance fibreuse survivait quelquefois à la disparition complète de la matière tuberculeuse. Le procédé employé par la nature est le même, toutes les fois qu'un corps étranger quelconque est déposé au milieu de nos tissus ; seulement la résorption du corps étranger n'est pas toujours possible. D'autre part, la résorption d'un groupe de tubercules autour duquel s'est développée une épaisse couche de tissu fibreux peut, tout aussi bien que le resserrement d'une cavité sous-jacente, avoir déterminé un peu de dépression et de froncement de la surface du poumon; car la même dépression, les mêmes froncements se produisent à la surface d'un sein cancéreux qui ne renferme aucune excavation, et qui est seulement le siége d'un travail continuel de composition et de décomposition morbides. 4° La brusque oblitération des bronches ou des vaisseaux qui se trouvent autour des masses ou noyaux fibreux du poumon, semble à Laënnec (1) une preuve puissante que ces noyaux de substance fibreuse sont des cicatrices de cavernes. Mais on a vu, par l'exposé anatomique que j'ai fait précédemment, que les mêmes circonstances s'observent autour des indurations fibreuses qui environnent des groupes de tubercules en voie de résorption. Là encore, comme on le voit, un assez grand nombre des faits cités par Laënnec comme des cas de cicatrices de cavernes pourraient tout aussi bien se rapporter à la guérison de la première période de la phthisie. Il en est ainsi, par exemple, du fait dont il a donné un dessin, fig. 3, pl. II, vol. 3. 5° A propos du malade de son observation XXI (2), Laënnec dit qu'il y avait des tubercules épars çà et là dans le poumon gauche,

(1) Auscultation médiate, édit. de 1837, 2 vol., p. 126.
(2) *Idem*. p. 114.

et que, dans le poumon droit, on voyait une concrétion calcaire enfermée dans une caverne et engagée dans la bronche qui s'ouvrait dans cette excavation. Laënnec cite ce fait comme exemple de caverne tuberculeuse en cicatrisation. Il ajoute que plusieurs autres concrétions calcaires semblables à la précédente étaient parsemées dans le tissu pulmonaire, auquel elles adhéraient intimement. Mais alors il ne peut se défendre d'admettre, pour être conséquent avec lui-même, que ces dernières concrétions étaient autant de tubercules crus dégénérés. Or, admettre ce fait, c'est reconnaître la possibilité de guérison de la phthisie à sa première période.

Les recherches de M. Andral l'ont conduit à admettre « comme une chose prouvée » (1) la guérison du premier degré de la phthisie pulmonaire par la transformation de la matière tuberculeuse en une substance calcaire. Il a suivi chez plusieurs malades la transformation successive des tubercules en matière calcaire. Parmi les faits qu'il a observés à ce sujet, il en cite un que je crois devoir reproduire. « Un individu, après avoir présenté, quelques années avant sa mort, tous les signes rationnels de la phthisie pulmonaire, de celle que produisent ordinairement les tubercules, guérit cependant. A l'ouverture de son corps, on ne trouva pas de tubercules dans les poumons, mais à leur place existaient, vers le sommet de ces organes, des concrétions crétacées. » L'observation qu'il donne à la page 387 de sa Clinique (2), comme exemple de cicatrisation de cavernes, me paraît rentrer tout-à-fait dans l'ordre de faits que j'expose en ce moment : « Les deux poumons étaient remplis de tubercules crus ou ramollis ; de plus, le sommet du poumon droit était dur et rugueux à l'extérieur, comme déprimé. Incisé en ce point, son tissu présenta plusieurs masses noires au centre

(1) Auscultation médiate, édit. de 1837, t. 2, p. 311.
(2) Clinique méd., 2e édit. t. 2, p. 387.

desquelles existaient des tubercules de consistance plâtreuse. De grosses bronches venaient de différents points converger vers cet endroit; et, au moment où elles plongeaient dans la substance mélanique, leur calibre se rétrécissait brusquement, leur cavité s'effaçait, et elles semblaient se transformer en cordons ligamenteux. » J'ai déjà fait voir que cette dilatation des bronches dépendait de l'effort latéral de l'air en-deçà de l'obstacle, et que cette brusque oblitération des canaux bronchiques se présentait toutes les fois qu'ils rencontraient une masse fibreuse dans les poumons. On a vu que ce fait pouvait se présenter, même dans les cas où l'on était certain que jamais il n'avait existé de cavernes.

On voit, par les citations que je viens de faire, par les recherches d'anatomie pathologique que j'ai exposées précédemment, que Bayle a fait erreur quand il a dit, à propos de la phthisie pulmonaire au premier degré, que rien ne révèle une tendance à ce qu'elle se termine par la guérison (1). Si on veut prendre la peine de lire les raisons sur lesquelles il appuie son opinion de l'incurabilité (2) de la première période de la phthisie pulmonaire, on verra combien peu il était autorisé, par de pareilles raisons, à admettre cette opinion.

Le tissu fibreux qui se développe autour des tubercules devenus le siége d'un travail de résorption, joue un grand rôle, selon toute apparence, dans la disparition successive de la matière tuberculeuse. Par le fait de la rétractilité dont il jouit, ce tissu tend continuellement à se resserrer sur lui-même; cette propriété s'exerce ici avec bien plus d'avantage que dans les cas de caverne, parce qu'elle n'est contrariée ni par la pression qu'exerce l'air de chaque inspiration, ni par la sécrétion puriforme qui s'opère à l'intérieur de toutes les excavations fistuleuses et qui est un obstacle puissant à leur cicatrisation.

(1) Bayle. Recherches sur la phthisie, p. 416.
(2) *Ibid.*, p. 416 à 418.

On sait que la compression des tissus morbides favorise leur résorption; or, ne peut-on pas présumer, dans le cas qui nous occupe, que la compression incessante exercée sur la matière tuberculeuse par la couche fibreuse qui l'enveloppe, favorise sa dessiccation, sa transformation terreuse et enfin sa résorption? On est bien un peu en droit de penser que cette couche fibreuse agit en comprimant, quand on connaît la grande puissance de rétractilité de ces tissus (1), quand on assiste, comme nous l'avons fait précédemment, au rapetissement graduel du noyau tuberculeux, et, enfin, à sa disparition, sans qu'il reste de vide.

Il est facile de concevoir comment se forme ce tissu fibreux, sorte de tissu inodulaire qui environne, sous forme de couche plus ou moins épaisse, les tubercules en voie de résorption : 1° l'irritation que cause la présence de ces petits corps étrangers détermine, comme cela a lieu partout où se montre cette cause, la sécrétion d'une sérosité plastique, la même probablement que celle qui (dans les cas de ce genre) se dépose dans les mailles du tissu cellulaire ordinaire, la même que celle qui se répand sur la surface de la plèvre enflammée; ou bien, le léger obstacle à la circulation que cause la présence de ces corps étrangers amène, d'une manière passive, l'épanchement de cette sorte de lymphe. Cette dernière cause ne peut être mise en doute, car on sait que dans la phthisie aiguë (2) il se produit une infiltration séreuse plus ou moins considérable du tissu pulmonaire, qui, le plus souvent, est pour beaucoup dans les symptômes d'asphyxie que présentent les malades atteints de cette forme de la phthisie; 2° quoi qu'il en soit de l'action isolée ou réunie de ces deux ordres de causes, la sérosité sécrétée s'épanche autour des corps étrangers

(1) Comme le prouve ce qui se passe à la surface d'un poumon recouvert dans un point par une fausse membrane épaisse et fibreuse.

(2) Lorsque subitement une grande quantité de tubercules vient infiltrer le tissu pulmonaire.

qui en ont provoqué la sécrétion, et forme une couche plus ou moins épaisse suivant le degré d'irritation produit par les tubercules, ou le degré d'obstacle qu'ils opposent à la circulation : c'est ainsi que cette couche est toujours extrêmement légère autour des tubercules isolés, et beaucoup plus considérable autour des groupes de tubercules, surtout quand ces groupes sont nombreux ; 3° d'abord fluide, cette sérosité, concrescible et animalisable comme celle qui s'épanche dans l'intérieur de la plèvre et qui forme les fausses membranes, subit successivement les mêmes changements que sur la surface de la plèvre, et communique au tissu pulmonaire qu'elle infiltre une densité de plus en plus considérable. A mesure que la couche d'induration fibreuse qui enveloppe les tubercules se développe, elle devient pour les parties qui l'entourent une cause nouvelle d'irritation, un obstacle à la circulation, et elle trouve ainsi en elle-même les raisons de son accroissement successif en étendue et en densité; plus tard, de même que ces épaisses couches fibreuses ou fibro-cartilagineuses qui emprisonnent certains points de la surface du poumon, elle se résorbe graduellement et se convertit en un tissu filamenteux et celluleux qui se confond avec le tissu pulmonaire, ou bien qui disparaît; 4° cette sécrétion séreuse, plastique, autour des tubercules, tourne à l'avantage du malade quand il n'y a que fort peu de tubercules dans le poumon, parce que, alors, la transformation de cette lymphe plastique en tissu fibreux, et les conséquences heureuses de la formation de ce tissu fibreux autour des tubercules, ont le temps de se produire; c'est pour cela que le mode de guérison que je viens d'exposer ne se montre que dans les cas de phthisie où les tubercules se développent lentement, et où il n'en existe qu'un très petit nombre. Ce dépôt de sérosité plastique autour des tubercules, et la couche fibreuse qui en résulte, peuvent être considérés comme des efforts tentés par la na

ture pour la guérison de la maladie. Mais cette même sécrétion de sérosité concrescible devient une cause de mort dans la phthisie aiguë, à cause de l'instantanéité et de l'abondance de sa production, instantanéité et abondance déterminées par le grand nombre de tubercules qui, subitement, sont venus envahir toute la masse des poumons (*phthisie asphyxique*).

On sait que, lorsqu'un tissu ou un produit morbide quelconque reste de toute part plongé dans un milieu où les fluides affluent facilement, il tend continuellement à s'accroître et à s'imbiber de nouveaux liquides qui peuvent concourir à son développement ou quelquefois à son ramollissement. On sait que lorsqu'un corps étranger est en contact immédiat avec un tissu parenchymateux, il provoque autour de lui un travail d'élimination; c'est ce travail qui, dans la phthisie pulmonaire, entraîne la formation des cavernes. Mais on sait également que cette influence d'irritation cesse lorsque le corps étranger est isolé du tissu parenchymateux par une couche épaisse de tissu fibreux; on sait qu'isolé par un kyste, le produit morbide tend à se dessécher et à se détruire. Le premier travail de la nature, quand un corps étranger quelconque menace un tissu par sa présence, est de sécréter autour de lui un milieu dense et résistant, qui isole l'un et protége l'autre; si, ensuite, elle ne peut réussir à faire disparaître le corps étranger par la voie de l'absorption, elle le tient emprisonné dans cette sorte de poche dont elle augmente successivement l'épaisseur. Or, c'est là ce qui se passe dans le cas où quelques tubercules seulement, ou bien un, deux ou trois groupes de tubercules ont été déposés dans le poumon; mais ici les conditions sont meilleures, car la résorption peut être complète. Si la cachexie tuberculeuse est assez faible ou assez heureusement combattue, pour que la tendance à l'augmentation de volume et au ramollissement qu'elle imprime aux tubercules

déjà formés ne soit que très faible ou tout-à-fait nulle, alors les efforts faits par la nature pour l'isolement et la résorption du produit morbide ne sont pas neutralisés et dominés par les mouvements en sens inverse, alors le malade guérit. Ainsi, on voit que, dans certaines conditions, la nature, loin de ne faire, comme le disait Laënnec, que des efforts contraires à la guérison des tubercules à l'état cru, en fait au contraire de très puissants et de très salutaires. Mais il faut la placer dans les conditions favorables à son action ; de là ce grand principe : que la première chose à faire dans le traitement de la première période de la phthisie est de combattre par l'ensemble des moyens hygiéniques et thérapeutiques que nous avons indiqués, l'état morbide général du malade, et de prévenir ou de combattre attentivement les causes qui déterminent ou qui entretiennent cet état, de même que celles qui, par leur action directe sur les poumons, tendent à favoriser ou à précipiter la marche naturelle des tubercules. Aussi, le plus ordinairement, on ne trouve les traces anatomiques (précédemment indiquées) de la guérison de la phthisie pulmonaire au premier degré, que chez les malades dont la santé s'est conservée bonne depuis long-temps, et qui, depuis plusieurs années, n'ont point été exposés aux causes de la phthisie pulmonaire. Si les malades existaient depuis long-temps dans des conditions opposées d'hygiène et de santé, on trouve ordinairement, autour des altérations qui attestent le travail de résorption d'une ancienne et première éruption, des tubercules frais, crus ou ramollis, appartenant à une éruption secondaire, plus ou moins récente ; preuve remarquable des rechutes fâcheuses auxquelles s'exposent les individus qui ont eu autrefois quelques symptômes de la phthisie pulmonaire et qui croient, parce que ces symptômes se sont dissipés, être entièrement guéris de leur affection et pouvoir recommencer un régime de vie souvent trop peu hygiénique ; preuve du puissant intérêt

qu'ont les malades de ce genre à ne jamais cesser de s'entourer des soins que j'ai recommandés dans le chapitre précédent. Que d'individus qui ont succombé à une deuxième et troisième éruption de tubercules, auraient vécu très long-temps ou même seraient entièrement guéris, s'ils avaient suivi plus exactement et avec plus de constance le précepte précédent. On peut, avec Laënnec, établir en fait « qu'il est très rare qu'un malade succombe à une première attaque de phthisie, à une première éruption de tubercules » (1). Ce fait, aujourd'hui incontestable, donne au praticien de très grandes espérances de succès dans le traitement de la première période de la phthisie, par cela même qu'il nous est possible de reconnaître la maladie dès sa première éruption, dès sa première attaque.

La possibilité de guérison de la première période de la phthisie pulmonaire, par le mode que je viens de développer, ne peut donc plus faire l'objet d'aucun doute. On peut formuler ainsi ce mode de guérison : dans certaines circonstances données, une couche plus ou moins épaisse de tissu fibreux se forme graduellement autour du noyau tuberculeux; ce noyau, isolé de toute part, soumis à la résorption de la matière animale qui concourt à le former, se flétrit et se dessèche; au bout de quelque temps, il ne reste plus que la partie solide, calcaire, sous forme plâtreuse ou crayeuse. Cette matière plâtreuse est soumise aussi, quoique plus lentement, à un mouvement de résorption ; elle finit souvent par disparaître tout-à-fait; la couche fibreuse environnante, qui a suivi, ou peut-être favorisé par son mouvement de retrait, la diminution successive et la transformation du noyau tuberculeux, représente, quand ce noyau a disparu, une masse pleine; le même travail de résorption qui a fait disparaître la matière tuberculeuse s'exerce, se continue sur la couche fibreuse qui servait d'enveloppe à cette matière,

(1) Ces exceptions sont fournies par les cas de phthisie très aiguë.

et, au bout d'un temps plus ou moins long, cette couche fibreuse disparaît elle-même. Quelquefois, les derniers restes du noyau tuberculeux ont survécu au kyste fibreux qui l'environnait, et se retrouvent alors au milieu du tissu pulmonaire sous forme d'un grain de substance plâtreuse. Le fait de la survivance du noyau tuberculeux à la couche fibreuse qui l'environne, se remarque surtout quand le travail de guérison s'est opéré sur un tubercule isolé; le fait, plus général, de la disparition successive du noyau tuberculeux d'abord, ensuite du kyste fibreux qui l'enveloppe, s'observe ordinairement quand le travail de résorption s'exerce sur un groupe de tubercules.

Parmi les observations qui m'ont servi à établir le mode précédent de guérison de la première période de la phthisie, la suivante m'a paru résumer assez bien les principaux faits anatomiques de la question.

Jacques Théol, âgé de 46 ans, d'une constitution très robuste, d'un tempérament sanguin prononcé, d'une taille élevée, faisant le métier de marchand en plein air, fut admis le 20 janvier 1835 à l'Hôtel-Dieu, n° 1 de la salle Ste-Martine, (service de MM. Jadioux et Piédagnel). Rien ne faisant supposer que ce malade eût des tubercules dans les poumons, on négligea de prendre l'histoire de ses antécédents. A la suite d'imprudences répétées, il avait été pris d'une pleuro-pneumonie double, qui, malgré le traitement actif auquel on le soumit, marcha avec une si grande rapidité que le 22 au soir le malade était mort. L'autopsie ne fut faite que 44 heures après la mort. Une hépatisation grise occupait la base des deux poumons; le reste de l'étendue du poumon droit était le siége d'une hépatisation rouge et d'une congestion péripneumonique; cette congestion occupait aussi le reste du poumon gauche; du liquide albumineux était épanché dans les plèvres.

Sur le sommet du poumon gauche, se remarquait une fronçure blanchâtre de quelques lignes de largeur, plus

longue que large, produite par un reste de tissu fibreux qui avait entraîné dans sa rétraction les parties voisines de la surface du poumon, et qui cachait au-dessous de lui des plissements séparés par des sillons dans lesquels il envoyait quelques légers prolongements fibreux. Ces plissements et ces sillons étaient le résultat de la rétraction dans laquelle la petite plaque de tissu fibreux avait entraîné les parties de la surface du poumon sur lesquelles elle s'insérait. On voyait converger vers la circonférence de cette petite plaque fibreuse une foule de petits filaments, qu'on reconnaissait pour être des vaisseaux de nouvelle formation oblitérés, et dont quelques-uns, faciles à distinguer à la loupe, rampaient, flexueux, sur la surface de la fronçure du poumon (Voyez fig. 1re de la planche placée à la fin de ce volume).

Une incision verticale faite sur le milieu de la fronçure, a rencontré deux noyaux tuberculeux : l'un, beaucoup plus petit, du volume d'un très petit grain de chenevis (Voy. fig. 2 et 3, F, G, G), presque immédiatement sous-jacent à la fronçure de la surface du poumon; l'autre, plus gros, du volume d'un petit noyau de cerise, et éloigné du précédent de plus d'un demi-pouce (Voy. fig. 2, A). La substance du plus gros noyau était facile à reconnaître pour de la matière tuberculeuse, mais qui déjà avait subi un commencement de dessiccation. Celle du petit noyau était encore plus desséchée, et consistait en cette substance plâtreuse, encore un peu onctueuse, que j'ai décrite précédemment. Tous les deux étaient entourés d'une couche de tissu fibreux (G et B, fig. 2; F, fig. 3) plus épaisse pour le gros noyau que pour le petit. Autour de cette couche fibreuse, le tissu pulmonaire était induré et infiltré de matière noire ; ceci était surtout remarquable autour du noyau le plus sec, le plus petit, le plus rapproché de la surface du poumon. La couche fibreuse du plus gros noyau se prolongeait en B', fig. 2, en une sorte de queue fibreuse qui, graduellement, se confon-

dait avec le tissu pulmonaire. Au point E de la même coupe, fig. 3, on voyait un tout petit point noirâtre, dur, saillant, du volume d'une petite tête d'épingle, ne paraissant d'abord être autre chose qu'un point de matière noire pulmonaire un peu indurée, mais qui, incisé sur son milieu, offrait à son centre un petit noyau blanchâtre, formé par la même substance plâtreuse qui composait le noyau G ; seulement, cette substance, encore plus sèche, méritait le nom de crayeuse. Autour de ce petit noyau, le tissu pulmonaire était induré et infiltré de matière noire; non loin de lui, on trouvait en outre trois points d'induration (O, O, O, fig. 3), assez semblables au précédent, et qui en différaient seulement par l'absence de matière blanche dans leur centre. Enfin, dans différentes autres parties du même poumon, et non loin des points précédemment indiqués, se remarquaient quelques noyaux tuberculeux crus, plus frais, d'une formation probablement plus récente que le noyau représenté en A, fig. 2.

Les trois noyaux tuberculeux A, F, fig. 2; C, C, fig. 3, appartiennent évidemment à une ancienne formation; on ne peut supposer qu'ils soient des tubercules récents : leur dessiccation, leur caractère plâtreux et crayeux ne peut laisser aucun doute à ce sujet; d'ailleurs, comment cette fronçure de la surface du poumon, ces vaisseaux de nouvelle formation déjà oblitérées, cette petite plaque de tissu fibreux déposée sur la fronçure, auraient-ils été produits par un noyau tuberculeux aussi petit que le noyau F, fig. 2, G, G, fig. 3, surtout par un tubercule naissant? cela ne peut être. Il est évident qu'il y avait dans ce poumon deux éruptions tuberculeuses différentes par leur date : l'une récente, celle que j'ai notée en dernier lieu ; l'autre ancienne, formée par les noyaux A, F, G, E, fig. 2 et 3. Peut-être même le noyau A était-il d'une formation postérieure aux deux autres. Tout concourt à prouver que le noyau F, fig. 2; G, G,

fig. 3, avait été autrefois beaucoup plus volumineux; je n'en prends pour preuve que la fronçure, le tissu fibreux, et les vaisseaux de nouvelle formation oblitérés qui se remarquaient sur la partie correspondante de la surface du poumon; une pleurésie partielle fort intense avait dû exister là autrefois, produite par le voisinage d'un tubercule; et comment cette pleurésie intense et les altérations qui l'ont suivie auraient-elles pu être le résultat d'un noyau tuberculeux aussi petit que celui qu'on observait au moment de l'autopsie; évidemment ce noyau avait été beaucoup plus gros, mais il avait diminué successivement par suite du travail de résorption dont il était devenu le siége. Le noyau A, fig. 2, attestait un commencement de ce travail; le noyau E, fig. 3, en attestait une période fort avancée, et probablement que les petits noyaux d'induration noirâtre, sans matière blanche à leur centre, trouvés autour de ce dernier (O, O, O, fig. 3), avaient autrefois contenu dans leur intérieur de la matière tuberculeuse qui avait disparu entièrement, laissant comme seule trace de son existence passée un reste du tissu fibreux qui l'avait environnée. En un mot, ces derniers petits noyaux d'induration appartenaient probablement à une période encore plus avancée du travail de guérison de la phthisie pulmonaire au premier degré.

3° La phthisie pulmonaire au premier degré peut-elle guérir par la résorption pure et simple de la matière tuberculeuse, sans conversion préalable en une substance plâtreuse ou crayeuse, sans la formation préliminaire d'une couche fibreuse autour d'elle? M. Andral dit (1) « que ce mode de terminaison n'est encore que probable, tandis que le mode précédent lui semble prouvé. » Nous n'avons ici aucune preuve directe à invoquer, mais le raisonnement, mais l'analogie nous en fournissent plusieurs.

On sait que des glandes tuberculeuses, d'un volume con-

(1) Auscult. médiate, édit. de 1837, vol. 2, p. 311.

sidérable, au cou, aux aisselles, aux aines, disparaissent quelquefois complétement, et cela sans suppurer; cette disparition ne peut être que l'effet d'un travail d'absorption. Rien ne s'oppose donc à ce que les tubercules pulmonaires, qui sont de même nature, dont le volume est beaucoup moins considérable, puissent être soumis au même travail d'absorption et puissent disparaître de la même façon, surtout au milieu du parenchyme pulmonaire où les fonctions de composition et de décomposition s'exercent avec tant d'activité, où l'on voit la puissance de décomposition faire disparaître, quelquefois en fort peu de temps, des masses d'induration bien plus résistantes à l'absorption que ne l'est la matière tuberculeuse. Un jeune homme admis, en 1837, à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Louis, service de M. Andral), portait, tout le long des parties latérales et supérieures du cou, d'énormes engorgements ganglionnaires. Au bout de quelque temps de séjour à l'hôpital, quelques-unes de ces glandes si engorgées diminuèrent considérablement. Le malade sortit de l'hôpital, puis y rentra, et vint mourir avec des accidents cérébraux dans le service de M. Fouquier. Le chef de clinique de ce professeur, M. Campagnac, eut la bonté de me faire prévenir au moment de l'autopsie; on trouva que tous les ganglions lymphatiques du cou, et superficiels et profonds, étaient entièrement dégénérés en matière tuberculeuse; c'étaient ces ganglions qui formaient les tumeurs volumineuses qu'on voyait à l'extérieur et qui avaient subi depuis quelque temps une notable diminution. La matière tuberculeuse qui les composait était tout-à-fait à l'état cru. Un grand nombre de tubercules globuleux furent rencontrés dans différents organes, et, en particulier, dans le cerveau et dans les poumons.

L'analogie est plus grande encore entre les ganglions bronchiques devenus tuberculeux et les tubercules ordi-

naires des poumons; or, les observations des auteurs ne prouvent-elles pas que cette forme de la phthisie, qui se manifeste surtout chez les enfants et qu'on nomme phthisie bronchique, peut cesser sans passer par la période de ramollissement, et, dès lors, qu'elle disparaît par la voie de l'absorption?

On lit dans les recherches du docteur Carswel (1) : « Nous avons, comme l'avait fait auparavant le docteur Jenner, et depuis le docteur Baron, fait naître des tubercules dans le foie d'un lapin, et nous avons acquis plus tard la certitude de leur complète disparition par l'absorption et l'excrétion. »

On se rappelle que des tumeurs squirrheuses ou de toute autre nature, d'un volume quelquefois très considérable, peuvent disparaître complétement sans passer par les périodes de ramollissement et de suppuration; cela ne peut être que par un travail de résorption; or, pourquoi le même travail, dans certaines circonstances données, ne se produirait-il pas sur la matière tuberculeuse comme sur le tissu squirrheux, comme sur toute autre substance morbide? On ne peut pas allégue la différence de nature de ces produits, puisque nous avons la preuve, par les exemples précédents, que les tubercules des bronches et du cou sont quelquefois entièrement repris par l'absorption.

Ce ne peut être encore que par voie d'absorption que les poumons se débarrassent graduellement de ces indurations chroniques qui succèdent quelquefois à l'hépatisation. D'épaisses couches de fausses membranes fibreuses fibro-cartilagineuses, et même osseuses, calcaires, ne disparaissent-elles pas à la longue de dessus la surface des plèvres? Quelle raison peut-on avoir d'admettre que la matière tuberculeuse, qui est bien moins dure, résiste davantage au travail d'absorption? D'ailleurs, n'avons-nous pas vu dans le numéro

(1) Encyclopédie de méd. prat., art. tuberc., cité par Clarck, p. 138.

précédent la matière tuberculeuse elle-même disparaître par cette voie? Il n'y a de différence entre le premier mode de guérison que j'ai exposé précédemment et celui dont il s'agit, que la formation préliminaire d'une couche de tissu fibreux, que la résorption des parties animales d'abord, puis des parties terreuses restées seules. Un kyste serait-il nécessaire à l'exercice du travail de résorption? Non, puisque la résolution de l'hépatisation grise, de l'infiltration purulente, etc., s'opère sans cette circonstance.

Enfin, il n'est pas douteux que les tubercules miliaires qui se développent quelquefois dans l'épaisseur des fausses membranes pleurétique, péritonéale, arachnoïdienne, disparaissent, dans certaines conditions, par la voie de l'absorption. Je me suis assuré bien des fois de ce fait dans les longues dissections de fausses membranes séreuses auxquelles je me suis livré depuis quelques années. Aussitôt que la fausse membrane, soumise elle-même à un travail de résorption, devient celluleuse, filamenteuse, elle cesse d'offrir des tubercules dans son épaisseur, et les limites dans lesquelles les grains tuberculeux occupent encore les parties voisines sont toujours celles de l'organisation de la fausse membrane et de sa conversion en tissu cellulaire ou cellulo-fibreux. Or, pourquoi le tubercule résisterait-il davantage dans le tissu pulmonaire que dans le tissu des fausses membranes? L'activité de fonction bien plus grande qui règne dans le tissu du poumon doit faire supposer, au contraire, une absorption bien plus facile et plus rapide dans ce tissu essentiellement vivant, que dans la substance à peine organisée des fausses membranes.

Il me semble que, par toutes ces raisons, et malgré l'absence de preuves directes, on est suffisamment autorisé à admettre comme une chose à peu près assurée que, dans certaines conditions de l'organisme, la matière tuberculeuse déposée dans les poumons, et encore à l'état cru, peut être

reprise directement par l'absorption, sans formation préalable d'une couche fibreuse autour d'elle, sans transformation préalable de cette matière en substance terreuse.

4° Mais la matière tuberculeuse à l'état cru peut être expulsée encore par une autre voie, celle de l'excrétion, des organes pulmonaires où elle a pris naissance. On trouve quelquefois, ai-je dit quelque part, les dernières ramifications bronchiques obstruées par de la matière tuberculeuse crue qui, selon toute apparence, y a été déposée primitivement. Ce dépôt primitif de la matière tuberculeuse dans les rameaux bronchiques, cette sécrétion de tubercules à la surface d'une membrane muqueuse, sont des faits incontestables. Il serait difficile qu'on eût ouvert avec soin un assez grand nombre de poumons tuberculeux sans avoir eu occasion de constater ce fait. On trouve ainsi, chez quelques sujets, des cylindres de matière tuberculeuse qui ont quelques lignes d'étendue et qui sont moulés sur l'intérieur de la bronche qui les renferme. Il est naturel de penser que, dans les cas de ce genre, la matière tuberculeuse, détachée par la sécrétion de la muqueuse circonvoisine, peut être rejetée du poumon par voie d'excrétion et d'expectoration. Peut-être même les fragments de matière tuberculeuse qui se trouvent mêlés aux crachats de quelques phthisiques au premier degré sont-ils fournis par cette voie. On ne devrait donc pas trop se hâter de considérer comme phthisiques au troisième degré, et de condamner comme tels, les individus qui rendraient ainsi avec leurs crachats des fragments de matière tuberculeuse crue.

Mais cela ne prouve pas que, dans les cas ordinaires, la matière tuberculeuse soit déposée dans l'intérieur des vésicules bronchiques, et qu'elle doive à ce siége la forme granuleuse, arrondie, sous laquelle elle se présente. Les médecins anglais qui ont soutenu cette opinion ne l'ont appuyée sur aucune preuve concluante; il est bien plus probable,

ainsi que je l'ai dit ailleurs en m'appuyant de l'opinion de M. Andral, que, dans les cas ordinaires, la matière tuberculeuse est déposée dans les mailles du tissu cellulaire interstitiel des poumons, comme cela a lieu pour les autres organes parenchymateux. Par conséquent, on peut considérer comme très hasardée l'opinion émise par les mêmes auteurs anglais, que l'excrétion qui s'opère dans les cellules bronchiques est une voie *ordinaire* et *fréquente* de guérison de la phthisie au premier degré. On est allé jusqu'à croire que les succès qu'on dit avoir obtenus par l'emploi de l'émétique, sont dus à ce que cette substance facilite l'expulsion de la matière tuberculeuse des vésicules aériennes dans lesquelles on la suppose contenue (1); cette opinion ne repose sur rien. Ainsi, réservons ce mode de guérison du premier degré de la phthisie pour les cas exceptionnels où la matière tuberculeuse a été primitivement déposée dans l'intérieur des ramifications bronchiques. On conçoit aussi que, dans les cas de ce genre, ce produit morbide puisse être repris dans ces tuyaux par la voie de l'absorption.

J'ai trouvé quelquefois, dans mes recherches sur les poumons de tuberculeux, des bronches assez volumineuses béantes au milieu d'une masse d'induration dont le centre était occupé par un noyau de matière tuberculeuse desséchée, devenue plâtreuse, ou bien convertie en matière calcaire. D'autres tubercules placés autour, les uns crus, d'autres ramollis, faisaient penser que ce noyau calcaire ou crayeux était en effet de nature primitivement tuberculeuse. J'ai vu quelquefois ces noyaux de matière calcaire être engagés dans l'ouverture béante de la bronche qui pénétrait à travers cette masse de tissu induré. Les auteurs ont cité, dans leurs observations, des faits de ce genre. On sait aussi que les malades rendent quelquefois par expectoration de petits grains de matière plâtreuse ou calcaire. Ne pourrait-il pas se faire,

(1) Clark, Traité de la Consomption, p. 331 et 332.

au moins dans un certain nombre de cas, que ce fût là un moyen d'expulsion de la matière tuberculeuse crue et desséchée, que ce fût une variété du mode de guérison de la première période de la phthisie que j'expose dans ce moment?

5° Il serait, je crois, difficile, après la longue discussion qu'on vient de lire, de se refuser à admettre en principe la possibilité de la guérison de la phthisie pulmonaire au premier degré, et de ne pas reconnaître comme fait que cette guérison a eu lieu chez un certain nombre de malades. Les partisans outrés de l'incurabilité ont dit, à propos de quelques cas dans lesquels leurs antagonistes semblaient être autorisés par la symptomatologie à admettre la curabilité de la phthisie pulmonaire, que la guérison des malades cités était elle-même une preuve que ces malades n'étaient point phthisiques, et qu'il y avait eu erreur de diagnostic, attendu, disent-ils, que la phthisie est incurable (1). Mais c'est tourner dans un cercle vicieux, c'est dire des tubercules ce que Boyer disait du cancer, à propos du diagnostic différentiel de cette affection: *si la tumeur guérissait sans récidive, c'est qu'elle n'était pas cancéreuse; si elle repullulait, si elle ne guérissait pas, c'est que sa nature était cancéreuse.*

Ainsi, reconnaissons, 1° que, dans certaines conditions locales et générales des poumons et de l'organisme, la phthisie pulmonaire au premier degré est susceptible de guérison, et que des exemples assez nombreux et irrécusables de cette guérison ont été çà et là observés et publiés par les auteurs. 2° Que cette guérison peut avoir lieu de trois manières différentes: *a* par voie de dessiccation, de transformation terreuse, et d'absorption de la matière tuberculeuse autour de laquelle une couche de tissu fibreux s'est développée; *b* par voie d'absorption pure et simple; *c* par voie d'excrétion. 3° Que le premier mode de guérison ne peut faire l'objet

(1) Bayle. Recherches sur la phthisie, p. 427.

d'aucun doute; 4° que les deux derniers ne peuvent encore être considérés que comme très probables.

On ne peut rien dire de précis sur le temps que le travail de guérison de la phthisie au premier degré, par tel ou tel mode, met à s'effectuer; mais plusieurs faits portent à penser que, par le premier mode surtout, ce travail peut se prolonger pendant plusieurs années.

Certaines conditions de santé, les unes locales, d'autres générales, sont nécessaires pour que le travail de guérison se manifeste et s'opère avec succès : il faut, d'abord, que la prédisposition générale (1), sous l'influence de laquelle s'est effectué le dépôt tuberculeux dans les poumons, ne soit que peu marquée, afin que ce dépôt soit fort peu abondant, afin que les tubercules déjà formés n'y puisent pas une tendance à augmenter de nombre et de volume et à se ramollir; si cette influence de la prédisposition générale sur le dépôt tuberculeux déjà formé était nulle, on se trouverait sous ce rapport dans les meilleures conditions d'accomplissement du travail de guérison. Il faut, ensuite, qu'aucune cause excitante locale ne vienne favoriser le développement et le ramollissement des tubercules déjà formés, et, à plus forte raison, ne vienne provoquer de nouvelles formations tuberculeuses. Il faut, enfin, qu'indépendamment de la cessation plus ou moins complète de la cachexie tuberculeuse, le sujet soit, sous d'autres rapports, dans un assez bon état de santé pour que les mouvements organiques salutaires par lesquels doivent se produire la guérison de la maladie générale, la formation d'une couche fibreuse autour des tu-

(1) Je ne suis pas le seul que l'analyse d'observations recueillies avec soin et avec détails ait conduit à considérer la phthisie comme composée de deux éléments, produits par deux ordres de causes, à deux époques différentes; on trouvera la même opinion exprimée dans le Traité de la Consomption de Clark, et dans l'article *Phthisie* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article fait par M. Roche.

bercules et la résorption de ces derniers, s'accomplissent facilement. Il faut, surtout, que l'affection soit reconnue à sa première période et, autant que possible, à une phase peu avancée de son premier degré, parce que c'est alors seulement que les principes de thérapeutique que j'ai exposés pourront conduire au résultat que l'on désire. Les conditions de traitement et les chances de guérison seront encore bien meilleures dans les cas où il aura été possible de reconnaître la *phthisie générale*, avant qu'elle ne soit devenue *phthisie pulmonaire*. Mais il faut pour cela que les médecins, pénétrés de la hauteur des fonctions qu'ils exercent, aident les personnes du monde, par de sages avis, à vaincre leurs préjugés sur l'hygiène et la médecine; leur apprennent que cette belle science, si utile lorsque on sait en bien user, a beaucoup plus de bien à faire en prévenant les maladies qu'en les combattant; que le plus souvent elle est très puissante à leur origine, et que toujours, à mesure que les maladies se développent, son empire s'affaiblit et cesse. Si les hommes comprenaient mieux cette vérité, on les verrait moins souvent, à une époque plus avancée de leurs maladies, fatiguer la médecine de leurs plaintes injustes ou de leur aveugle fanatisme. Toutefois, avouons que la médecine a eu aussi quelques torts. Car, à mon avis, l'opinion, trop légèrement admise, et si généralement répandue, de l'incurabilité absolue de la première période de la phthisie, a fait beaucoup de mal. C'est de là, en très grande partie, c'est du découragement qui en a été la suite qu'est résultée la négligence avec laquelle on laisse écouler la première période de la phthisie, fort souvent sans chercher à s'assurer de la réalité du mal, quelquefois sans faire aucun effort pour le combattre. En effet, des hommes graves, placés par l'opinion publique à la tête de leur siècle, sont venus dire : *que la phthisie pulmonaire à sa première période est absolument incurable, que rien ne peut l'arrêter dans sa marche*

toujours croissante, que la nature ne fait que des efforts contraires à sa guérison et que l'art n'en peut faire que d'inutiles; il semble même que ces hommes aient voulu prévenir toute espèce de retour sur ce terrible jugement, car ils ont condamné *comme une illusion jusqu'à l'idée de la possibilité de guérir la phthisie au premier degré.* Justement épouvantées par ces imprudentes paroles, les personnes qu'elles frappaient ont dû considérer comme inutiles les examens et les conseils de la médecine, parce que ces examens et ces conseils, qu'on leur a dit être impuissants à les guérir, ne doivent servir, d'après cette pensée, qu'à réveiller sans cesse dans leur esprit la crainte d'un mal qu'on leur a dépeint comme marchant toujours avec la mort à ses côtés. Elles préfèrent vivre dans l'heureuse ignorance qui leur permet de douter, et, puisque rien ne peut les sauver de la mort, elles aiment mieux s'y acheminer tranquillement, les yeux voilés par l'illusion, que de la voir toujours en face et de ne pouvoir l'éviter. Aussi trouve-t-on beaucoup de personnes qui savent être menacées de la phthisie et qui refusent de se laisser examiner; quelques-unes qui repoussent jusqu'aux conseils, d'ailleurs très sages, qui portent avec eux l'empreinte d'un soupçon; d'autres qui sauraient très mauvais gré à leur médecin, si, par son insistance à les examiner, par la nature de son examen et par la direction de ses avis, il laissait apercevoir l'ombre seule de ce soupçon. Les médecins eux-mêmes, subissant la funeste influence de l'opinion que je combats, ont tellement accepté la pensée décourageante de l'impuissance de leur art, et sont tellement accoutumés à respecter comme un bienfait l'ignorance et l'illusion des malades, que plusieurs n'osent même pas les examiner, dans la crainte de toucher à cette illusion; ils sont ainsi les premiers à autoriser l'inertie fatale que je signalais tout-à-l'heure. La médecine ne saurait trop s'empresser de sortir de cette voie funeste, et de réparer ses torts à l'égard du monde; le moyen, c'est de lui

faire voir les choses sous leur véritable point de vue : c'est, d'abord, de détruire dans son esprit cette opinion malheureuse, dans laquelle la guérison de la phthisie est représentée comme impossible à sa première période et comme fréquente à son dernier degré ; c'est de lui faire bien comprendre que, au contraire, les seules espérances à concevoir sont celles qui se rattachent au traitement de la première période de la maladie ; que ces espérances ont plusieurs degrés, qu'elles augmentent à mesure qu'on se rapproche du moment où l'affection a commencé, qu'elles diminuent et disparaissent à mesure qu'on s'éloigne de ce moment; que, dans un certain nombre de cas, si l'on réclame à temps les conseils éclairés de la médecine, on a lieu de compter sur l'entière guérison de la maladie : ainsi, avant que l'affection ne se soit localisée dans les poumons, quelquefois même, selon toute probabilité, peu de temps après que cette localisation s'est effectuée, par exemple, dans le cas où l'affection locale consiste dans un petit nombre de tubercules. Au delà de cette époque on ne peut plus espérer que d'arrêter plus ou moins complétement ou de retarder la marche de la maladie ; il en résulte que les personnes atteintes ou menacées de la phthisie règlent elles-mêmes, par le degré de leur promptitude à réclamer les secours de la médecine, le degré de leurs espérances. Pourquoi en effet la phthisie pulmonaire ne rentrerait-elle pas dans le cas ordinaire des affections graves, pour lesquelles les gens sensés appellent le médecin dès les premières atteintes de leur mal? Raison de plus d'en agir ainsi pour la phthisie pulmonaire, puisque, ici, l'espoir de guérison ou de suspension de la maladie disparaît beaucoup plus vite que dans les autres affections. Pourquoi, une fois qu'on aurait fait justice de l'opinion d'incurabilité de la phthisie et du préjugé auquel cette opinion a donné naissance, ne dirait-on pas *à certains malades* : « Vous êtes menacé d'un commencement de phthisie »

comme on leur dit, « vous êtes atteint d'une fluxion de poitrine, » « mais si vous voulez vous soumettre à tout ce qui est indiqué, nous en triompherons? » Ce serait, chez quelques malades, le moyen d'obtenir ce qu'on n'obtiendrait pas par tout autre langage. Certainement on devrait se garder de parler ainsi à toute espèce de malades; il est des esprits qui seraient dangereusement affectés par ces paroles; mais, à ceux-là, on inspirerait d'une autre façon la bonne volonté nécessaire à la complète exécution des avis de la médecine; par exemple, en leur disant que la maladie qu'ils ont actuellement, pourrait, dans l'avenir, si elle n'était traitée très sérieusement, entraîner une fâcheuse disposition à la phthisie pulmonaire. Ce langage serait d'autant plus facile à tenir, et persuaderait d'autant mieux, que fort souvent il serait vrai, et que le monde, devenu plus éclairé et meilleur observateur, en aurait chaque jour la preuve vivante sous ses yeux.

Cette nouvelle position étant faite et aux malades et aux médecins, résumons en peu de mots les préceptes d'après lesquels doivent être dirigés les efforts que l'on fait pour obtenir la guérison de la première période de la phthisie :

1° Chercher à reconnaître la maladie le plus tôt qu'il est possible, afin d'agir dès une époque peu avancée.

2° Chercher à prévenir, ou à faire cesser, les causes générales et locales capables de provoquer ou de favoriser le développement et le ramollissement des tubercules déjà formés, ou bien la formation de nouveaux tubercules.

3° Faire rentrer, autant que possible, l'organisme dans ses conditions naturelles, en détruisant, autant qu'on le peut, par le traitement hygiénique et thérapeutique précédemment indiqué, la fâcheuse disposition morbide dans laquelle se trouvent les mouvements organiques; soit que cette disposition morbide tienne à la cachexie tuberculeuse, ou bien qu'elle soit de toute autre nature; favoriser ainsi les efforts

salutaires tentés par la nature pour l'isolement et la disparition de la matière tuberculeuse déposée dans les poumons ou dans d'autres organes.

4° Continuer ces soins d'une manière non interrompue pendant très long-temps, pendant plusieurs années, s'il le faut, et ne jamais cesser ceux de ces soins qui constituent la partie hygiénique du traitement.

CHAPITRE XVII.

Les observations que je place à la fin de ce volume sont en très petit nombre, parce que, obligé de ne pas dépasser certaines limites, j'ai cru qu'il était convenable de les donner complètes, et dès lors il a fallu en donner peu. Complètes, elles font connaître la marche que j'ai suivie, elles représentent, dans l'ordre même que j'ai adopté, les divers points sur lesquels ont porté mes recherches, et, quoique en petit nombre, elles suffisent cependant à justifier la plupart des faits généraux les plus importants auxquels ces recherches m'ont conduit. Plus nombreuses, mais incomplètes, elles n'eussent eu aucun de ces avantages. J'aurais désiré pouvoir concilier le nombre avec l'étendue ; ici, je ne le puis, peut-être le pourrai-je dans un autre mode de publication, sous forme de mémoires séparés.

L'extrême longueur de ces observations est justifiée par le grand nombre de sujets qu'elles embrassent ; chacun de ces points devant être recherché et établi avec netteté, réclamait un certain espace. « Une autre méthode peut bien suffire pour vérifier ce que les observateurs ont dit, mais elle ne saurait conduire plus loin (1). » J'ai abrégé beaucoup les

(1) Louis. Recherches sur la phthisie, p. IX.

observations que j'ai cru devoir intercaler dans le texte, parce qu'elles sont mises là uniquement pour appuyer certains faits généraux, et que là il y avait avantage à les dépouiller de tout ce qui était étranger ou accessoire au fait qu'il s'agissait de prouver, afin de ne pas détourner l'attention du sujet principal qui devait l'occuper dans ce moment. A la fin de l'ouvrage, au contraire, tous les faits généraux à la démonstration desquels il est consacré étant nettement formulés, les observations ne sauraient être trop complètes, parce que la valeur relative des faits s'y trouve alors mieux conservée, parce que l'esprit saisit plus facilement les rapports entre ces faits, parce qu'elles sont la représentation plus fidèle et plus complète des phénomènes particuliers dont les faits généraux sont l'expression résumée, parce que l'observateur, tout plein de ces faits généraux, en voit alors plus fidèlement, plus complétement la preuve et l'application se dérouler sous ses yeux; de même que la véritable morale de l'histoire se découvre avec plus de facilité et plus de précision dans une narration complète et écrite avec ordre, que dans un récit où beaucoup de rapports échappent à l'esprit parce que des faits manquent et que les autres ne sont pas exposés dans leur ordre naturel.

Je crois devoir offrir ici, aux praticiens qui me liront, quelques avis qui me semblent n'être pas dépourvus d'utilité.

La première chose à faire auprès d'un malade que l'on soupçonne phthisique est de s'informer de ses conditions d'hérédité, parce que, si on ne le questionne sur ce point qu'après avoir examiné sa poitrine, la première pensée du malade est que cette question (qui est, pour le monde, la question capitale à propos de la phthisie) lui a été adressée sous l'impression des craintes qu'a fait naître l'examen de sa poitrine; au lieu que, en adoptant l'ordre que je conseille, on ne laisse pas au malade le droit de supposer qu'on a porté un jugement fâcheux sur l'état de

sa poitrine, puisqu'on ne l'a pas encore examinée au moment où on l'interroge sur la santé de ses parents. Il est d'ailleurs une manière simple, un peu distraite, d'adresser aux malades cette question délicate, et beaucoup d'autres de même nature, qui ne laisse même pas approcher le doute de leur esprit, ou qui ne tarde pas de l'éloigner. L'importance qu'on a l'air d'ajouter à une question, l'expression de pénétration que prend la face de quelques médecins dans le moment de l'examen, est presque toujours, pour leur esprit inquiet, le signal de quelque danger.

Mais, dans tous les cas, il ne faut pas que cette fâcheuse disposition d'esprit de quelques malades fasse rien négliger au médecin de ce qui peut l'éclairer sur la nature de l'affection qu'il s'agit de combattre; c'est par la forme de l'examen et non pas aux dépens de l'examen qu'il convient de ménager l'esprit de ces malades.

Il est des personnes qui font tous leurs efforts pour se persuader à elles-mêmes, et pour persuader à leur médecin, qu'il n'y a rien dans les phénomènes qu'elles éprouvent, qu'on puisse rattacher à la phthisie. Obéissant, sans s'en douter, à cette tendance instinctive, elles détournent l'attention du médecin de certains phénomènes, elles en atténuent quelques-uns, et en exaltent quelques autres. Si le médecin ne se défie de cette disposition d'esprit du malade, il ne voit les faits que sous un faux jour, il suit l'impulsion cachée qu'on lui communique, il se trompe dans son diagnostic et son traitement, et livre aux progrès de la maladie le seul temps propice pour la combattre. Ainsi, ce n'est pas sur les interprétations du malade qu'il faut asseoir son jugement, mais sur une analyse rigoureuse des faits. C'est par suite de la cause d'erreur que je viens de signaler, que beaucoup de phthisies commençantes sont prises, tantôt pour une chlorose, tantôt pour une courbature, pour un simple rhume que des imprudences ont pro-

longé plus long-temps que cela n'a lieu ordinairement, ou bien pour un affaiblissement momentané, résultat d'une croissance trop rapide, ou bien encore pour la convalescence d'une maladie que l'on a éprouvée peu de temps auparavant. Chez la jeune fille, on attend le retour des règles; au jeune homme qui a grandi trop vite, on dit que sa santé se rétablira quand sa constitution sera mieux formée; à celui qu'on suppose atteint d'une courbature, on prescrit le temps et le repos; chez celui qu'on croit être tout simplement enrhumé, on insiste inutilement pendant fort long-temps sur les adoucissants, les émollients, les pectoraux; enfin, chez la personne dont la phthisie s'est déclarée à propos et à la suite d'une maladie récente, on s'explique par d'autres raisons la longueur de la convalescence; et chez tous, le résultat est de passer dans une funeste inaction la seule époque d'espérance pour le malade. Presque tous les malades de ce genre que j'ai observés, soit à l'hôpital, soit en ville, étaient dans l'un des cas que je viens de supposer; ce n'était qu'après avoir attendu pendant assez long-temps la guérison promise, que, tirés de leur erreur par les progrès de leur état de malaise et d'affaiblissement, ils s'étaient décidés à un rôle plus actif.

Quand la combinaison des symptômes de la phthisie à la première période est telle, que les phénomènes généraux se trouvent être un élément important de diagnostic, on ne saurait apporter trop de soins à se bien assurer de l'existence, de la forme et du degré, de même que du retour plus ou moins régulier des phénomènes que j'ai décrits sous le nom de symptômes de fièvre hectique (voy. chap. IX), attendu que ces phénomènes, essentiellement protéiformes, peuvent être simulés par beaucoup d'états morbides divers. Il est important de passer en revue chacun de ces états morbides que j'ai indiqués ailleurs, et de rechercher si ce ne serait pas à l'un d'eux, plutôt qu'à la phthisie, que seraient dus les phé-

nomènes généraux que l'on observe. Pour éclairer cette question, je crois qu'il est important de voir le malade alternativement aux différentes heures de la journée.

L'examen local de la poitrine, quand il est fait avec dextérité, avec habitude, est de peu de durée et ne fatigue pas les malades, comme le croient beaucoup de personnes du monde et quelques médecins. C'est une raison de plus de ne pas négliger cet examen toutes les fois qu'on le croit nécessaire pour juger de l'existence ou du progrès de la maladie.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Phthisie pulmonaire aiguë, chez un individu né de parents sains et bien constitué, développée sous l'influence long-temps prolongée de conditions antihygiéniques, telles que chagrins, excès vénériens, privation de sommeil, vie trop sédentaire dans un espace étroit. — Reconnue à la première phase de la première période. — Offrant dans sa durée deux époques bien distinctes : l'une, pendant laquelle ont agi des causes asthéniques et s'est développé l'élément général de la maladie ; l'autre, dans laquelle une cause sthénique a amené le développement de l'élément local de la phthisie.

Dans les derniers jours de février 1838, M. le professeur Velpeau me pria d'examiner la poitrine d'un de ses malades (Moulin, né à Coni en Sardaigne, âgé de 24 ans et exerçant la profession de cordonnier), entré le 24 février 1838 à l'hôpital de la Charité, n. 20 de la salle Ste-Vierge.

Le 1er mars, l'interrogation et l'examen du malade me donnèrent le résultat suivant :

CONSTITUTION.

Système osseux. — Taille élevée; sections des membres un peu longues; os peu volumineux; poitrine assez bien développée, bien conformée; bonne proportion gardée entre la poitrine, le col et la tête.

Système musculaire. — Peu développé, ne l'ayant jamais été beaucoup.

Système cutané, etc. — Peau un peu brune, ferme, assez épaisse, assez colorée; iris grisâtre; système pileux peu développé, noir;

ongles et dernières phalanges des doigts bien conformés, n'offrant aucune trace du caractère désigné sous le nom de caractère hippocratique; dents bien alignées, bien émaillées, assez blanches, saines.

Système cellulo-graisseux. — Formes masculines prononcées; peu d'embonpoint, même dans son meilleur état de santé.

Système nerveux. — Développement ordinaire des facultés intellectuelles; sensibilité assez grande; irritabilité assez prononcée; caractère un peu mélancolique.

En résumé : Constitution assez forte; tempérament bilioso-nerveux.

ANTÉCÉDENTS.

CIRCONSTANCES D'HÉRÉDITÉ.

Son père, d'une constitution robuste, d'une bonne santé habituelle, était mort d'accident à l'âge de 40 ans; *sa mère*, d'une constitution et d'une santé également très fortes, avait succombé en peu de temps, à l'âge de 45 ans, à une maladie fort aiguë. Il avait *trois frères* et *trois sœurs*, qui tous étaient bien constitués et se portaient parfaitement.

MALADIES ÉTRANGÈRES OU ACCESSOIRES A LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Jamais il n'avait eu d'autre maladie vénérienne qu'une chaude-pisse guérie en peu de jours. Jamais aucune trace d'affection scrofuleuse. Jamais de maladies graves de la peau ni du système digestif.

MALADIES OU ÉTATS MORBIDES AYANT UN RAPPORT DIRECT AVEC LA PHTHISIE.

A aucune époque de sa vie il n'avait été sujet à *s'enrhumer*, à *tousser*, ou à avoir la *voix rauque*. Il n'avait point éprouvé les influences de la grippe de 1837. Ce n'est qu'après cette première interrogation, après que déjà j'ai eu porté le diagnostic d'une phthisie commençante, que le malade s'est rappelé et nous a dit avoir rendu par la bouche, cinq ans auparavant, un demiverre de sang pur, et un verre entier le 1er janvier 1838. Il n'avait point eu de fluxions de poitrine, et n'avait jamais éprouvé aucune douleur, aucune sensation morbide dans cette cavité.

Vers la fin de décembre 1837, à la suite de longs et violents chagrins qui remontaient à une époque déjà fort éloignée, à la suite d'un travail excessif et continué long-temps, à la suite de veilles prolongées, le malade fut pris d'un rhume assez fort, qui persista longtemps, qui ne guérit que très difficilement et très incomplétement,

et qui, depuis cette époque, était resté presque continu. Déjà, depuis un an, sa santé, nous disait-il, s'était un peu affaiblie sous l'influence des chagrins et du travail; mais, à partir du moment où le rhume précédent était survenu, sa santé avait baissé beaucoup; un amaigrissement sensible, accompagné de beaucoup de faiblesse, était survenu. Il éprouvait à peu près tous les soirs un sentiment de malaise plus prononcé et un petit mouvement fébrile qui, d'abord vague, irrégulier, s'était ensuite caractérisé davantage. En même temps, la toux était devenue plus forte et plus continue; sa voix, en s'affaiblissant, avait pris un timbre un peu rauque; son esprit était devenu inquiet, chagrin, agité de présages fâcheux; enfin, son sommeil s'était troublé. Ainsi, depuis un an, sous l'influence de chagrins prolongés et d'un travail excessif, sa santé avait commencé à s'affaiblir; mais c'était à la suite d'un rhume assez violent, contracté deux mois avant son entrée, que cet affaiblissement était devenu bien manifeste; c'était de cette époque que le malade faisait dater ses premiers symptômes de fièvre hectique et le commencement de son affection.

Influences antihygiéniques subies par le malade. — Moulin avait fait toute sa vie l'état de cordonnier. L'obligation où l'on est dans cet état d'avoir toujours la poitrine courbée en arc le fatiguait, disait-il, beaucoup. Il avait été pendant huit ans militaire, mais en temps de paix; et il n'avait éprouvé ni fatigues ni privations. Toutefois, pendant cette période de sa vie, de 21 à 29 ans, il avait été entraîné à faire beaucoup d'excès vénériens, beaucoup d'excès de travail et de veilles prolongées.

Sa nourriture avait toujours été saine et suffisante.

Depuis l'époque de son rhume seulement, c'est-à-dire depuis deux mois, il avait commencé à ressentir les influences atmosphériques : les temps froids et humides, et les variations brusques dans la température, le fatiguaient beaucoup.

Depuis fort long-temps il était en proie à de violents chagrins; ces chagrins avaient beaucoup augmenté depuis quelque temps. Ils se renouvelaient souvent et avaient, disait-il, l'influence la plus fâcheuse sur sa santé.

Il avait commis de nombreux excès vénériens pendant sa carrière militaire; du reste, pas de masturbation, pas d'excès de vin.

Son habitation, quoique fort petite, avait toujours été assez saine. Depuis quelque temps, surtout, il menait une vie extrêmement sédentaire et recluse.

ÉTAT PRÉSENT.

Habitude générale du malade. — Maigreur absolue peu marquée; l'embonpoint est même assez bien conservé ; mais il existe, au dire du malade, une maigreur relative assez sensible; pas de trace d'infiltration séreuse nulle part; la face exprime un état de santé assez bon; toutefois, sous cette bonne apparence physique, on découvre une expression de dyspnée, d'accablement, de fatigue morale, qui laisse l'impression d'un travail morbide intérieur, obscur; chaque soir, d'une manière assez régulière, le malade éprouve de l'accablement, de la faiblesse, un peu de chaleur générale, sans frisson et presque sans sueur; son sommeil est troublé et sa toux augmente la nuit.

SYSTÈME RESPIRATOIRE. — *Auscultation.*

(*Voix auscultée* à distance), faible, voilée, d'un ton un peu grave, légèrement rauque; *toux* assez fréquente, surtout le soir et plus encore la nuit, sèche, brève, retentissante.

(*Auscultation de la respiration*).—*En avant, à droite :* bruit inspiratoire diminué de durée (6) ; intensité normale (10); caractère de dureté et de sécheresse ; pas d'altération de timbre. — Bruit expiratoire augmenté de durée et d'intensité (10) ; caractère de dureté et de sécheresse ; un peu de timbre clair. — Ces caractères morbides sont localisés sous la clavicule ; les bruits respiratoires rentrent dans leurs conditions normales à mesure qu'on s'éloigne de ce point. *A gauche :* mêmes caractères morbides qu'à droite, mais plus circonscrits sous la clavicule et moins prononcés (inspiration, durée 8, intensité 10 ; expiration, durée et intensité 6 à 8); pas d'altération de timbre. *En arrière :* mêmes caractères morbides qu'en avant ; seulement, le timbre clair de l'expiration, et l'augmentation de l'expiration du côté droit, sont un peu plus prononcés qu'en avant (12). Ces caractères morbides sont d'ailleurs localisés dans les fosses sus-épineuses; ils disparaissent à mesure qu'on descend.

(*Auscultation des râles*).—Dans la région sus-épineuse droite seulement, on entend, vers la fin des grandes inspirations, du râle de craquement sec.

(*Auscultation de la voix*).—Bronchophonie manifeste dans les deux sommets des poumons, en avant surtout, mais sensiblement plus marquée à droite qu'à gauche. Cette bronchophonie disparaît à mesure que l'on descend.

Percussion. — Son obscur sous les deux clavicules, comparative-

ment à l'état normal; plus obscur à droite qu'à gauche. Le son naturel reparaît à mesure qu'on descend.

Palpation. — Vibration vocale un peu moindre sous la clavicule droite que sous la clavicule gauche. — Mouvements partiels des régions antérieures et supérieures de la poitrine paraissant un peu moindre à droite qu'à gauche.

Inspection. — L'œil aussi constate que les mouvements partiels des régions antérieures et supérieures de la poitrine sont moindres à droite qu'à gauche. — La partie antérieure droite du sommet de la poitrine paraît un peu plus aplatie, et la région sous-claviculaire droite plus affaissée que les régions correspondantes de gauche. Ces différences, quoique sensibles, sont peu marquées. — Expectoration seulement salivaire.

Acouophonie. Aucun résultat constant.

Sensations morbides du malade. — La seule circonstance accusée par le malade, sous ce rapport, est celle-ci : la percussion est sensiblement plus douloureuse à droite, en avant, au sommet, qu'à gauche.

Système circulatoire.

Rien d'anormal dans les battements et les bruits du cœur à la région précordiale. — Ils sont plus forts, plus retentissants sous la clavicule droite que sous la gauche.

Système digestif.

Constipation habituelle sans coliques, mais accompagnée de beaucoup de vents et de borborygmes; pas de dévoiement; grand appétit; bouche naturelle.

Système nerveux.

Etat de malaise moral, de tristesse, de crainte vague sur sa position, d'inquiétude continuelle.

Petite fistule à la marge de l'anus, qui a succédé à un petit bouton abcédé dans cette partie un mois auparavant.

Tel était l'état du malade le 1er mars. Après cet examen, fait en présence de plusieurs personnes, je portai le diagnostic suivant : *tubercules miliaires encore crus, disséminés en petit nombre dans le sommet du poumon droit; tubercules plus rares, encore crus, en très petit nombre, dans le sommet du poumon gauche. Phthisie de forme miliaire, devant suivre probablement une marche aiguë.*

Avant de me prier de faire l'examen de ce malade et de lui dire

ce que je pensais de l'état de sa poitrine, M. Velpeau avait adressé la même demande à l'un des hommes de notre époque les plus versés dans les études d'auscultation et de clinique, à M. le professeur Bouillaud. Ce savant professeur, se fondant sur les signes que fournit l'état actuel de la science, décida, après plusieurs examens fort attentifs, qu'il n'y avait pas phthisie pulmonaire. Plusieurs jeunes médecins, également très habitués aux exercices cliniques, se rangèrent à l'opinion de M. Bouillaud. Deux jugements aussi opposés engagèrent M. Velpeau à demander l'avis de M. Andral, et M. Andral, habitué aux moyens d'investigation que j'employais journellement dans ses salles, les appliqua à ce malade comme je l'avais fait, constata les mêmes signes que j'avais contatés, et conclut à l'existence d'un commencement de phthisie. Dès lors, M. Velpeau renonça à opérer ce malade de sa fistule, et M. Andral le prit dans son service, afin qu'il nous fût plus facile de suivre les progrès de la phthisie que nous lui avions reconnue (salle St-Louis, n. 6).

Le 13 mars je le présentai à l'Académie de Médecine, afin qu'on constatât chez lui l'existence des signes que j'ai considérés et décrits comme ceux de la première phase de la première période de la phthisie, afin que plus tard, quand la maladie en serait arrivée à la période à laquelle on ne peut plus élever de doute sur l'existence de la phthisie, on fût à même de reconnaître l'identité du malade et la justesse du diagnostic porté dès les premiers temps de la maladie. C'est, en effet, ce qui est arrivé, ainsi qu'on va le voir. Je rappelle ici que ce n'est que postérieurement à notre diagnostic, que le malade nous a dit avoir eu deux hémoptysies. Jusque-là il nous avait toujours dit le contraire. L'existence antécédente d'hémoptysies n'avait donc influé en rien sur notre diagnostic.

MARCHE CONSÉCUTIVE DE LA MALADIE.

Le malade resta quelque temps dans la salle Saint-Louis. Pendant ce temps, son état d'embonpoint, de forces, de santé générale, resta à peu près le même; mais les symptômes locaux s'aggravèrent un peu, dans une proportion à peu près la même à droite et à gauche, de telle sorte que le maximum des signes locaux est resté à droite : l'augmentation de l'expiration s'est élevée plus haut, la diminution de l'inspiration est descendue plus bas; le caractère de dureté, de difficulté de production et de sécheresse des bruits s'est prononcé davantage; le timbre clair de l'expiration, dans le côté droit, s'est étendu à l'inspiration, en même temps qu'il a augmenté à l'expiration; ce même timbre clair s'est montré à l'expiration, dans le

côté gauche. En même temps, la bronchophonie est devenue plus marquée, le son plus obscur, la vibration vocale encore moins distincte; les mouvements partiels des régions antérieures et supérieures de la poitrine ont diminué. Les phénomènes de fièvre hectique ont pris peu de développement. A cette époque, le malade a quitté la Charité. Quelque temps après, le 12 avril, il est entré à l'Hôtel-Dieu; sa phthisie a revêtu dès ce moment une marche fort rapide, fort aiguë, et le 21 juin 1838 il est mort au nº 32 de la salle Sainte-Martine, service de M. Jadioux, offrant tous les signes de la phthisie au troisième degré.

Le 27 novembre 1838 je priai l'Académie de se rappeler le diagnostic et le pronostic que j'avais portés quelques mois auparavant; elle accueillit avec faveur cette nouvelle confirmation des recherches dont je lui avais donné communication dans une précédente séance, et que j'avais appuyées d'un autre fait semblable à celui-ci.

Un grand nombre des faits que j'ai établis et des principes que j'ai exposés dans la seconde partie de cet ouvrage, viennent se refléter sur cette observation. Je me bornerai à faire ressortir les suivants.

1° La phthisie peut se développer de toute pièce chez un sujet qui n'avait aucune prédisposition originelle à la contracter (voy. p. 411). En effet, le père et la mère de notre malade étaient d'une forte constitution, d'une très bonne santé ordinaire; l'un était mort d'accident, l'autre avait succombé en peu de jours à une maladie aiguë. Il avait six frères ou sœurs tous bien portants et fortement constitués; lui-même avait joui pendant long-temps d'une très bonne santé, et n'avait jamais été sujet, ni à tousser, ni à s'enrhumer; sa poitrine était bien développée et bien conformée.

2° L'influence prolongée de certaines circonstances antihygiéniques, influence qui se résume dans une action de débilitation et de trouble des mouvements de nutrition, est capable de faire naître de toute pièce la phthisie chez un individu non prédisposé à cette affection (voy. p. 470). Parmi ces circonstances antihygiéniques, j'ai cité les chagrins violents et prolongés, les excès vénériens, le travail

excessif, les veilles multipliées, l'habitation dans un espace étroit, la vie recluse, etc. Or, ces circonstances sont précisément celles qui ont agi sur notre malade, celles à la suite desquelles sa phthisie s'est développée, les seules, chez lui, qu'on puisse accuser du développement de la cachexie tuberculeuse. L'alimentation de ce malade était bonne; son logement était facilement accessible à l'air et au soleil; il n'avait jamais fait d'excès de vin; avant la période pendant laquelle ont agi les influences précédentes, il n'avait jamais eu ni rhume, ni fluxion de poitrine que l'on puisse accuser d'une certaine influence; par conséquent, l'action réunie des passions tristes, des excès vénériens, d'un travail prolongé aux dépens du sommeil, d'une vie trop sédentaire dans une habitation trop étroite, suffit à développer de toute pièce une phthisie pulmonaire, indépendamment de toute influence de constitution et d'hérédité.

3° J'ai dit que la phthisie développée de toute pièce chez un individu non prédisposé suivait surtout la marche aiguë (voy. p. 700); et, en effet, comme on vient de le voir, cette marche a été essentiellement aiguë chez notre malade.

4° La disposition à tousser et à s'enrhumer, la sensibilité au froid, à l'humidité, aux variations brusques de l'atmosphère, paraissent dépendre du mode particulier de l'organisation, de la constitution; ce mode de constitution paraît consister surtout dans un état de débilité générale. Il peut être originel ou acquis, primitif ou consécutif: il est originel chez la plupart des personnes qui ont apporté en naissant la prédisposition à la phthisie; aussi ces personnes accusent-elles, dès leur enfance, une facilité particulière à contracter des rhumes, etc. Mais, chez les personnes d'une constitution primitivement robuste, ce mode d'organisation peut se développer sous l'influence de certaines circonstances antihygiéniques, influence qui se résume en une action d'affaiblissement. Dans ces cas, la disposition à tousser, à s'en-

rhumer, la sensibilité au froid humide, aux variations brusques de la température, ne se manifestent qu'à la suite de l'action de ces circonstances. Les changements qui se sont alors opérés dans la constitution établissent la prédisposition acquise à la phthisie accidentelle (voy. p. 427, 479). C'est ainsi que nous voyons le malade de cette observation n'être devenu sensible aux influences atmosphériques, et n'avoir éprouvé de rhumes et de toux, qu'à la suite de l'influence des conditions antihygiéniques que j'ai nommées précédemment, et après un affaiblissement déjà très sensible de sa santé.

5° La maladie est générale, ai-je dit, avant de devenir locale (voy. p. 469, 744, 806). En effet, un an avant d'éprouver aucun symptôme local, d'avoir contracté le plus petit rhume, d'avoir ressenti aucune atteinte du côté de la poitrine, le malade, à la suite de l'influence déjà ancienne de certaines circonstances antihygiéniques, avait remarqué un affaiblissement général de ses forces et de sa santé; un peu d'amaigrissement, et un changement dans sa manière d'être générale. Nous n'avons, il est vrai, aucune preuve physique que, à cette époque, le travail de tuberculisation ne s'était point encore effectué dans les poumons, mais tout porte à le croire.

6° L'élément général de la maladie se développe sous l'influence de causes générales dont l'action est essentiellement asthénique, et l'élément local est déterminé par des causes locales essentiellement sthéniques (voy. p. 469, 808). Nous trouvons encore, chez notre malade, la confirmation de ce principe. En effet, son histoire se divise en deux périodes: *la première*, d'une longue durée, antécédente à toute affection locale de la poitrine, marquée dans toute son étendue par l'influence de causes dont les effets, ressentis par tout l'organisme, ont eu pour résultat le trouble de la fonction de nutrition, et se sont manifestés sous forme de malaise géné-

ral, d'affaiblissement notable de la santé, et de diminution des forces et de l'embonpoint; *la seconde*, d'une durée beaucoup plus courte, a été marquée à son début par un rhume violent, qui s'est prolongé presque indéfiniment, qui a été le signal des premiers phénomènes locaux accusés par le malade, des premiers signes observés par le médecin, et d'une marche plus rapide de la maladie. Si, comme beaucoup de raisons portent à le penser, la tuberculisation n'était pas encore effectuée dans les poumons au moment où a commencé cette seconde période de l'histoire de notre malade, on reconnaît l'influence fâcheuse que les rhumes exercent sur le développement et la localisation du travail de tuberculisation, jusque-là resté à l'état de simple prédisposition générale de l'économie. Si, au contraire, on veut que déjà l'élément local de la phthisie existât chez notre malade au moment où un rhume violent a ouvert la seconde période de son histoire, on devra reconnaître l'influence accélératrice que les rhumes exercent sur la marche de la maladie, sur la formation de nouveaux dépôts tuberculeux. Or, dans l'un comme dans l'autre cas, on a la confirmation de l'un des principes que j'ai exposés dans cet ouvrage (voy. p. 445, 828).

7° Dans son opinion personnelle, le malade ne faisait remonter sa maladie qu'à l'époque où était survenu le rhume que nous avons noté dans l'observation; parce que c'était surtout à partir de ce moment que les symptômes généraux étaient devenus bien sensibles et que les symptômes locaux avaient commencé. Si nous nous fussions borné à une interrogation moins circonstanciée, nous eussions ignoré toute la période antécédente, et cela aurait dû changer notre interprétation de la marche générale et du véritable caractère de la maladie (voy. p. 740). Comme beaucoup de médecins, nous eussions peut-être trop concentré notre attention sur la maladie du poumon, négligeant la considération

si importante de la maladie générale qui domine et prépare la maladie locale; de là naît une fausse direction thérapeutique (voy. p. 810, 811). Comme d'autres médecins, qui cependant sont hommes de grand mérite, nous eussions peut-être attribué au rhume violent qui a été le signal d'une nouvelle série de phénomènes, une valeur étiologique différente de sa valeur véritable, et nous eussions pris pour le premier anneau de la chaîne des phénomènes ce qui n'en était qu'une suite ; de là encore, peut-être, une fausse direction thérapeutique. Il est donc d'une très haute importance de bien interroger un malade, et de noter avec soin, dans son observation, toutes les circonstances qui se rattachent à l'affection qu'il porte, et de mentionner les dates, soit absolues, soit relatives, de ces circonstances. Je conviens qu'au premier aperçu, on est tenté de rejeter comme inutiles un certain nombre des faits renfermés dans une observation longue et détaillée; mais, quand on vient à approfondir son sujet, quand l'esprit cherche à en pénétrer les diverses parties pour en saisir les rapports, quand la réflexion et le désir de l'exactitude ont fait voir que les vérités d'observation ne sauraient être bien établies qu'en réunissant des données exactes et en grand nombre, alors l'esprit réclame et appelle autour de lui ces mêmes faits qu'il avait paru repousser d'abord.

8° Plusieurs médecins, et un surtout parmi eux, très versés dans les études d'auscultation, possédant un talent d'observation et une habitude de clinique reconnus par tout le monde, ont déclaré qu'il n'y avait pas phthisie chez le même malade que nous avons considéré comme phthisique au premier degré, et chez lequel notre diagnostic s'est confirmé. Le premier fait laisse voir l'insuffisance de l'état actuel de la science pour le diagnostic de la première période de la phthisie, et le second établit la valeur des signes que mes recherches ont assignés à ce diagnostic.

9° J'ai dit, dans la seconde partie de cet ouvrage (voy. p. 761), que l'absence des conditions de constitution et d'hérédité qui sont considérées comme prédisposantes à la phthisie, que l'absence de toute maladie antécédente de la poitrine, même des rhumes et de la toux, que les bonnes apparences extérieures de la constitution du malade, ne pouvaient suffire à éloigner la pensée d'une phthisie. Nous en avons la preuve chez ce malade, et plus encore chez celui de l'observation qui va suivre. Le concours de ces trois circonstances (1° influence prolongée de circonstances antihygiéniques ; 2° par suite, affaiblissement sensible de la constitution, diminution des forces et de la santé, avec ou sans symptômes généraux ; 3° signes locaux de la première phase de la première période de la phthisie), suffit pour porter avec certitude le diagnostic de la première période de cette affection. Ces circonstances sont les seules qui nous aient servi à porter notre jugement sur le malade de l'observation qu'on vient de lire, et la suite a confirmé notre jugement.

SECONDE OBSERVATION.

Phthisie pulmonaire *acquise*. — Chez un individu né de parents sains, primitivement très robuste, très bien portant et d'un tempérament très sanguin. — Développée sous l'influence de conditions antihygiéniques, telles que des veilles prolongées et fréquentes, et une habitation humide, froide, étroite, mal aérée. — Reconnue à son début. Presque exclusivement concentrée dans la partie la plus élevée du sommet du poumon droit. — Offrant des phénomènes généraux très faibles et très lents comparativement aux phénomènes locaux.

Fournier, cordonnier, âgé de 17 ans, né à Lachapelle (département du Cher), entra, le 15 mai 1837, à l'hôpital de la Charité, n. 20 de la salle Saint-Louis (service de M. Andral).

CONSTITUTION.

Système osseux. Taille de 5 pieds ; système osseux régulièrement développé dans son ensemble ; plus développé en épaisseur qu'en lon-

gueur; tête assez volumineuse; poitrine large, bien ouverte, assez bombée en avant.

Système musculaire. Assez bien développé.

Système cutané, etc. Peau un peu brune, mais fine et rosée, surtout à la face ; iris noirâtre; système pileux peu développée, mais noir; ongles et dernières phalanges des doigts n'offrant aucune trace du caractère dit hippocratique ; dents bien alignées, bien émaillées, blanches, saines.

Système cellulo-graisseux. Très bon état de l'embonpoint, formes féminines, arrondies.

Système nerveux. Facultés intellectuelles assez développées; caractère bon, doux, tranquille.

En résumé : Constitution très forte, tempérament sanguin.

ANTÉCÉDENTS.

CIRCONSTANCES D'HÉRÉDITÉ.

Son père, d'une forte constitution, était mort *asthmatique* à 71 ans. *Sa mère*, âgée de 71 ans, était encore bien portante. Il avait *quatre frères* et *cinq sœurs* qui tous se portaient fort bien, et étaient compris entre les âges de 21 et 53 ans; aucun d'eux n'était sujet à s'enrhumer.

MALADIES ÉTRANGÈRES OU ACCESSOIRES A LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Jamais de maladies vénériennes, ni de maladies scrofuleuses; jamais d'autre maladie de la peau qu'une rougeole à la suite de laquelle se sont déclarés les premiers symptômes de la phthisie; jamais de maladies du système digestif; à 10 ans, fièvre intermittente tierce qui dura 18 mois.

MALADIES AYANT UN RAPPORT DIRECT AVEC LA PHTHISIE.

A aucune époque de la vie il n'avait été sujet à *s'enrhumer* ou *à tousser;* jamais il n'avait éprouvé d'altération dans le timbre *de sa voix*; jamais de crachement de sang sous aucune forme; *expectoration* seulement salivaire; jamais de fluxion de poitrine, ni de sensations morbides dans la poitrine; jamais il n'avait ressenti aucun des symptômes de la fièvre hectique, avant l'époque que nous allons indiquer.

INFLUENCES ANTIHYGIÉNIQUES SUBIES PAR LE MALADE.

Son état de cordonnier l'obligeait à avoir la poitrine toujours courbée en arc, ce qui, disait-il, était très fatigant pour lui. Il passait fort souvent des nuits à travailler. Long-temps il avait habité, dans le Berry, un pays froid et humide où régnaient presque continuellement

des fièvres intermittentes. Depuis 5 ans il habitait à Paris une demeure étroite, mal aérée, en général malsaine. Sa nourriture habituelle était suffisante et de bonne qualité. Jusque-là il avait été à peu près complétement insensible aux mauvais temps et aux variations brusques de la température. Il n'avait pas eu de chagrins, et n'avait commis ni excès de vin ni excès de femmes.

ÉTAT PRÉSENT.

Tels étaient les antécédents du malade. Lors de son entrée à l'hôpital, le 15 mai, il offrait tout l'appareil symptomatique qui accompagne ordinairement les fièvres éruptives. Cet appareil symptomatique se présentait chez lui sous la forme la plus grave : Fièvre très forte; pléthore sanguine générale extrêmement prononcée; langue rouge et sèche; soif ardente; dévoiement; tous les signes ordinaires d'une forte congestion cérébrale; toux sèche et fréquente; pouls à 120; respiration à 32; commencement de taches rubéoliques à la surface de la peau; l'auscultation, pratiquée avec beaucoup de soin sur toute l'étendue de la poitrine, et en particulier dans les régions sous-claviculaires, faisait entendre partout une respiration parfaitement pure et expansive. Dans quelques points seulement, surtout à la partie postérieure, on entendait des râles sonores et sibilants (2 saignées, une le matin, l'autre le soir). Caillot extrêmement mou et diffluent, recouvert d'une très légère pellicule couenneuse).

Le 20 mai, l'éruption rubéolique avait presque disparu. Le 21, elle était complétement effacée. Malgré la diminution successive et assez régulière de l'éruption, les phénomènes généraux s'étaient jusque-là, maintenus à un haut degré d'intensité, mais, à partir de ce moment, ils décrurent sensiblement. Le 26, le malade était convalescent et mangeait la demie.

Mais, le 27, les phénomènes généraux se réveillèrent assez intenses; un dévoiement abondant se déclara et augmenta les jours suivants; des coliques et des gargouillements dans la région cœcale se firent sentir; des râles sonores et sibilants, mêlés de râles muqueux, se firent entendre dans le côté droit (surtout) de la poitrine; une abondante éruption de sudamina couvrit toute la poitrine, bien que le malade n'eût pas de sueur; la respiration était seulement à 20 par minute. Le 3 juin, le dévoiement et les sudamina avaient cessé, la fièvre avait beaucoup diminué. Les jours suivants, le dévoiement et la fièvre reparurent; le dévoiement dura peu, mais, dès ce moment, la fièvre resta à peu près continue; à partir du 15 juin, elle

parut revenir surtout vers la fin de la journée : chaque soir, le malade éprouvait un peu d'accablement, de malaise général, souvent un peu de frisson, mais peu prononcé, puis de la chaleur et de la sécheresse à la peau ; dans ces moments, la bouche et les lèvres étaient sèches, et la soif assez vive. On reconnaissait, en comparant le présent au passé, qu'un changement fâcheux s'était opéré dans la santé et dans l'organisation du malade : il était languissant et triste ; sa face, d'une teinte pâle un peu terreuse, offrait une expression particulière de *souffrance organique*. Cependant, Fournier avait beaucoup d'appétit, les digestions se faisaient bien, la respiration se maintenait entre 16 et 20 ; mais il existait une toux sèche, légère, fréquente. Plusieurs fois, l'esprit tout préoccupé de cette convalescence longue, irrégulière, difficile, j'examinai avec soin, ainsi que les personnes qui suivaient la visite, la poitrine du malade, et nous constatâmes, aux diverses époques de nos examens, les signes suivants :

Le 3 juin, les bruits respiratoires étaient durs, rudes, comme secs, comme un peu difficiles dans leur production ; l'expiration était un peu plus bruyante et plus prolongée que dans l'état normal, sous la clavicule droite, et dans la fosse sus-épineuse droite ; à peine saisissait-on à gauche quelque trace de ces phénomènes. Le son de la poitrine était clair, la vibration vocale bien distincte. La voix était seulement un peu plus retentissante à droite qu'à gauche. Toux sèche et assez fréquente, sommeil un peu troublé. A cette époque je conçus et j'exprimai le soupçon d'une phthisie.

Le 10 juin, l'inspiration paraissait un peu diminuée de durée, et l'augmentation de l'expiration était plus sensible dans le côté droit. Dans certains moments, l'auscultation faisait entendre dans la fosse sus-épineuse droite un léger bruit sec, comme eût été un léger craquement.

Dès ce moment, je crus pouvoir admettre d'une manière positive l'existence d'une tuberculisation commençante dans le sommet des poumons, un peu plus prononcée à droite qu'à gauche. Les personnes qui suivaient la visite furent fort étonnées de ce diagnostic. M. Andral, au contraire, l'adopta.

C'est à partir de cette époque surtout que les phénomènes généraux éprouvés par le malade prirent un caractère plus marqué et une marche plus régulière et plus constante.

Le 20 juin, nous constatâmes une augmentation notable dans les phénomènes morbides recueillis jusque-là par l'auscultation, et,

pour la première fois, un peu d'obscurité dans le son de la région sous-claviculaire droite, et une vibration vocale un peu moindre dans cette région que dans la région correspondante de gauche; la voix du malade était déjà un peu faible, un peu voilée, un peu grave.

Enfin, le 26 juin, l'examen que nous fîmes donna le résultat suivant :

Auscultation.

(*Auscultation de la respiration*). En avant. *A droite*, sous la clavicule : bruit inspiratoire diminué de durée (8), offrant à peu près son intensité normale; caractère de dureté et de sécheresse, sans altération de timbre. — Bruit expiratoire augmenté de durée et d'intensité (6); caractère de dureté et de sécheresse, sans altération de timbre. — Les caractères morbides des bruits respiratoires se dissipent rapidement quand on s'éloigne des régions sous-claviculaires. *A gauche*, un peu de dureté et de sécheresse des bruits respiratoires sous les deux clavicules; expiration offrant une légère augmentation de son intensité et de sa durée (3 à 4). En arrière, rien d'anormal *à gauche*. *A droite*, dans la fosse sus-épineuse, expiration pouvant être représentée par 8 pour sa durée et son intensité, offrant un léger degré de timbre métallique. Inspiration (8) rude, dure, sèche, comme difficile.

(*Auscultation des râles*). Dans la région sus-épineuse droite seulement, on entendait du râle de craquement sec, qui coexistait exclusivement avec l'inspiration.

(*Auscultation de la voix*). Bronchophonie sensible sous la clavicule droite, et surtout dans la fosse sus-épineuse droite, comparativement aux mêmes régions du côté gauche.

Bruits du cœur, plus forts, plus retentissants sous la clavicule droite que sous la gauche.

Toux sèche, légère, mais fréquente et fatigante, accompagnée de dyspnée et se manifestant quelquefois par petites quintes brusques, brèves, comme nerveuses, et se terminant par l'expectoration d'une petite masse de matière blanchâtre et épaisse.

Percussion. Son, manifestement un peu plus obscur dans les régions sous-claviculaire et sus-épineuse droites que gauches.

Palpation. Vibration vocale moins sensible dans le sommet du poumon droit, en avant, que dans le sommet du poumon gauche.

Le diagnostic porté le 10 juin fut maintenu.

Le malade sortit le 26 juin pour aller à la campagne. Nous l'invitâmes à revenir nous voir à son retour à Paris. En effet, le 17 fé-

vrier 1838, nous le trouvâmes couché au n. 4 de la même salle. Voilà comment il nous rendit compte de ce qui s'était passé pendant les huit mois de son absence. Pendant les six mois qu'il avait passés à la campagne en sortant de l'hôpital, tous les accidents qu'il avait éprouvés à la suite de sa rougeole avaient beaucoup diminué : ainsi, la toux, la facilité à s'enrhumer, l'altération du timbre de sa voix, la diminution de ses forces, etc. ; mais, peu de jours après son retour à Paris, tous ces phénomènes s'étaient beaucoup exaspérés, et il s'y était joint du trouble dans son sommeil.

Le 27 février nous fîmes l'examen détaillé du malade; nous le répétâmes ensuite de temps en temps ; la comparaison de ces divers examens entre eux a fourni le résultat suivant :

Tout en conservant encore un embonpoint qui eût pu le faire passer pour un homme gras, Fournier avait sensiblement maigri, surtout depuis le moment de son retour à Paris. Au lieu de la coloration vive de la face et de la bonne expression de santé qu'il offrait lors de sa première entrée à l'hôpital, la face était devenue successivement d'un pâle terreux, les traits s'étaient affaissés et exprimaient un état de dyspnée et de *souffrance organique* assez prononcées. A peine le malade sentait-il pendant le jour quelques traces de l'état d'accablement, d'inquiétude fébrile sans frissons, de bouffées de chaleur vers la face, de sécheresse de la peau, qui venaient l'assaillir chaque soir, avec une régularité toujours croissante. Le trouble du sommeil, pendant la première partie de la nuit, était beaucoup plus marqué qu'à l'époque de son premier séjour à l'hôpital.

Les signes locaux de la phthisie ont continué d'avoir leur maximum d'intensité, et leur plus grande rapidité de développement, dans le côté droit de la poitrine; la partie postérieure de ce même côté a continué aussi à offrir des signes d'un degré plus avancé que ceux de la région antérieure. Les signes locaux sont toujours restés concentrés dans une faible étendue du sommet des poumons ; même à un degré avancé de la phthisie, ils se montraient presque exclusivement dans les régions sous-claviculaires et sus-épineuses. Un contraste frappant a toujours existé entre l'aggravation rapide des signes locaux, bornés ainsi à une très faible étendue, et la lenteur, et la légèreté comparative des phénomènes que j'ai rangés dans la classe des symptômes généraux; à tel point que les apparences extérieures d'une bonne constitution et l'embonpoint étaient encore bien conservés (d'une manière absolue et non relative), quand déjà le sommet du poumon droit était le siége d'une caverne assez étendue.

Quant à la marche suivie par les phénomènes locaux, dans leur aggravation successive, elle a été la suivante : A DROITE, *en avant*, l'expiration s'est élevée successivement jusqu'aux chiffres 12, 15, 18, 20. La durée de l'inspiration est descendue jusqu'aux chiffres 4 et 6, et, en même temps, son intensité a augmenté dans quelques points. Le caractère de dureté et de sécheresse des bruits est devenu plus prononcé; il en a été de même de leur caractère de difficulté de production. Du timbre clair est apparu d'abord à l'expiration, puis est devenu graduellement timbre bronchique, puis s'est étendu à l'inspiration, puis, enfin, a pris le caractère caverneux. Ce dernier caractère a envahi, successivement, l'expiration d'abord, puis l'inspiration. La bronchophonie perçue dans la région sous-claviculaire a augmenté proportionnellement aux signes précédents, et a pris par degrés le caractère de la pectoriloquie la plus distincte. Le râle de craquement sec, entendu d'abord seulement à la partie postérieure de ce côté, s'est fait entendre aussi en avant; au bout de peu de temps il est devenu humide et bulleux; puis ses bulles ont augmenté de volume et d'humidité; plus tard, il a semblé que ces bulles crevaient dans l'intérieur d'une cavité assez étendue, ce qui leur a communiqué un timbre un peu métallique; puis, enfin, ce râle a pris tous les caractères du râle de gargouillement. La percussion a fourni un son de plus en plus mat; mais la vibration vocale, qui pendant une première période avait diminué de plus en plus, a reparu bien distincte, quelquefois même a semblé être augmentée, quand les autres signes ont permis de constater l'existence d'une caverne assez étendue et assez superficielle dans le sommet du poumon droit. Le malade a rapporté dans ce sommet les sensations de difficulté de respiration, de gêne intérieure, de sensibilité à la percussion, de retentissement de la toux, qui se sont développées successivement. *En arrière*, la même série de phénomènes a été observée dans la fosse sus-épineuse droite; ces phénomènes ont même précédé, dans leur apparition successive, ceux de la région sous-claviculaire droite, et leur sont restés supérieurs en intensité. A GAUCHE, *en avant*, l'expiration s'est élevée jusqu'au chiffre 12 à 14, et est devenue le siége d'un commencement de timbre bronchique qui, le 13 mars, n'avait pas encore paru à l'inspiration. La bronchophonie est devenue de plus en plus intense. Le 13 mars, la vibration vocale était diminuée, il n'existait pas de râle, et, *en arrière*, on n'entendait, pour tout phénomène morbide, qu'une inspiration rude, sèche, diminuée de durée (8), et une expiration, rude et sèche également, augmentée d'intensité et de durée (6 à 8). Il n'existait,

ni à l'un ni à l'autre temps, aucune trace d'altération de timbre.

La voix, auscultée à distance, est devenue de plus en plus faible, voilée, a pris un ton plus grave et un caractère de difficulté à se produire.

L'expectoration, d'abord seulement salivaire, puis muqueuse, s'est mêlée, au bout de quelque temps, de petits noyaux de matière blanchâtre, et, bientôt, s'est présentée sous forme de petites masses blanchâtres, épaisses, opaques, privées d'air, un peu déchiquetées sur leurs bords, et flottantes au milieu d'une faible quantité de mucus filant.

Les digestions étaient devenues pénibles.

Le 23 mars, le malade est sorti de l'hôpital. Nous n'en avons plus su de nouvelles depuis cette époque. Au moment où il a quitté l'hôpital il était plus tranquille sur son état que 9 mois auparavant : il était entré dans cette période de quiétude et de confiance où les malades ne s'aperçoivent plus de leur position.

Vers la fin de la première quinzaine de mars, les symptômes locaux que je viens de retracer en étaient à leur maximum de développement. A cette époque (13 mars 1838), je présentai ce malade à l'Académie de Médecine, comme un exemple et une preuve de la possibilité du diagnostic de la phthisie pulmonaire dès la première apparition des tubercules dans les poumons. Car tout s'accorde à faire penser que l'élément local de la phthisie n'était pas encore effectué lors de la première entrée du malade à l'hôpital; tout porte à croire que c'est sous l'influence de la bronchite fort intense qui a accompagné la rougeole, de la marche peu régulière de celle-ci, et de la violence des phénomènes généraux qui ont éclaté à cette époque, que cet élément local de la phthisie s'est développé. L'Académie, M. Andral et les médecins qui suivent ordinairement la visite de ce professeur, ont été frappés par tout ce que renferme d'intérêt pratique l'histoire de ce malade. Je me bornerai à appeler quelques instants l'attention sur les faits suivants :

1° L'habitation dans un lieu humide et froid, dans un espace étroit et mal aéré, la vie recluse, les veilles prolon-

gées, sont les seules circonstances antihygiéniques qu'on puisse accuser du développement de cette phthisie (voy. p. 469). Peut-être la fièvre intermittente que le malade avait eue pendant dix-huit mois consécutifs, avait-elle déjà placé l'organisme dans les conditions de débilité favorables à l'action pernicieuse des circonstances antihygiéniques précédentes (voy. p. 470).

2° Les conditions antihygiéniques, sous l'influence desquelles s'est développée cette phthisie, ont été peu nombreuses, peu actives, mais long-temps prolongées : aussi, la période de développement de la cachexie tuberculeuse générale a-t-elle été fort longue, fort obscure, et cette cachexie elle-même peu prononcée ; aussi, les phénomènes généraux ont-ils été à peine sensibles dans cette période, et l'élément local de la maladie, produit de la cachexie tuberculeuse générale, a-t-il été limité à une très faible étendue. J'ai dit, en effet, dans le cours de cette seconde partie, que le degré de développement de la cachexie tuberculeuse était en rapport avec le nombre et le degré des circonstances antihygiéniques auxquelles le malade avait été soumis, et que l'abondance et l'étendue de l'éruption tuberculeuse dans les poumons étaient en raison directe du degré de développement de la cachexie tuberculeuse (voy. p. 482, 807).

3° J'ai posé en principe (p. 728) que l'état des forces, de la constitution, de la santé générale du malade, était spécialement placé sous l'influence de l'élément général de la phthisie, c'est-à-dire du degré de la cachexie tuberculeuse ; et que, au contraire, les signes locaux dépendaient, dans leur aggravation plus ou moins rapide, du degré de l'élément local de la maladie, c'est-à-dire de la rapidité et de l'abondance de l'éruption tuberculeuse ; en effet, chez le malade de cette observation, nous voyons les phénomènes généraux être lents et peu prononcés ; comme la cachexie tuberculeuse elle-même, comme l'action des causes

générales qui l'ont produite; et nous voyons, au contraire, la maladie locale être brusque dans son début, élevée dans son degré, rapide dans sa marche, de même que la cause locale (bronchite très intense et spécifique) qui, selon toute apparence, a déterminé la formation tuberculeuse qui a eu lieu dans les poumons.

4° J'ai établi, comme un fait prouvé par l'observation, que les phlegmasies qui portent à la fois sur le système muqueux et sur le système cutané, que les bronchites spécifiques, telles que celles qui accompagnent certaines fièvres éruptives, ont une puissante influence sur le développement primitif ou consécutif des éruptions tuberculeuses (voy. p. 425, 429); ce malade nous en montre un exemple : tout porte à penser que la tuberculisation pulmonaire n'était point encore accomplie chez lui, lorsque la rougeole est survenue; on est même autorisé à croire que, sans cette circonstance, cet élément local de la phthisie eût été long-temps encore à se développer. De là l'importance que nous avons attachée à prévenir ou à combattre avec soin toute affection aiguë du système respiratoire, des surfaces cutanées et muqueuses, chez les individus menacés de phthisie (voy. p. 828, 831, 848, 852).

5° J'ai dit que le degré de la cachexie tuberculeuse générale se manifestait surtout par l'étendue de la masse des poumons qui était envahie par l'éruption (voy. p. 807, 482) : en effet, la cachexie tuberculeuse était peu prononcée chez ce malade, et l'éruption tuberculeuse s'est faite et s'est maintenue dans une très faible étendue des organes pulmonaires, et dans l'un d'eux presque exclusivement.

6° Les meilleures conditions pour une marche lente et un pronostic heureux de la maladie, sont une cachexie tuberculeuse générale peu prononcée et des symptômes locaux très limités (voy. p. 888) : en effet, nous avons vu la constitution, les forces, l'embonpoint de ce malade se con-

server dans un bon état, et l'ensemble des phénomènes généraux rester fort légers, même à l'époque où le sommet du poumon droit était occupé par une caverne assez étendue.

7° J'ai signalé l'influence funeste qu'a le séjour des grandes villes sur la marche de la phthisie (p. 471), le peu d'avantage et quelquefois même les inconvénients que les phthisiques rencontrent dans nos hôpitaux (p. 840); j'ai insisté, au contraire, sur l'heureuse influence qu'a le séjour à la campagne (p. 840) : en effet, tant que notre malade est resté à l'hôpital, sa maladie a éprouvé une aggravation constante; ses progrès ont été fort lents et presque nuls pendant les six mois qu'il a passés à la campagne; et ils sont devenus très rapides, dès le moment de son retour à Paris et de sa rentrée à l'hôpital.

8° Cette observation est riche surtout par la symptomatologie; nous y retrouvons presque tous les symptômes que j'ai exposés dans la seconde partie de cet ouvrage et que j'ai dit appartenir à la première période de la phthisie; leur ordre d'apparition, leur enchaînement mutuel, leurs transformations successives sont absolument ceux que j'ai indiqués. Il en est de même de toutes les observations dans lesquelles nous avons suivi avec soin la marche des symptômes; on est étonné de l'uniformité qui y règne sous ce rapport; c'est que les lois qui régissent la marche de ces phénomènes sont constantes. Cela est vrai surtout pour les symptômes que recueille l'auscultation. Je me borne à rappeler ici : l'élévation successive du chiffre de l'expiration; la diminution croissante de la durée de l'inspiration, son intensité restant à peu près la même; la série continue des altérations de timbre, depuis le timbre clair jusqu'au caractère caverneux, et l'envahissement successif de l'expiration et de l'inspiration par ces altérations de timbre; la dégradation successive du râle de craquement sec en cra-

quement humide, en râle cavernuleux et en râle de gargouillement; le passage graduel de la simple bronchophonie à la pectoriloquie parfaite; la réapparition de la vibration vocale dans le point où une caverne assez étendue, superficielle et vide de liquides, est venue remplacer la simple infiltration tuberculeuse à l'état de crudité; l'apparition tardive des signes fournis par l'inspection, et l'accord qui existe entre le siége de ces signes et le lieu de maximum d'intensité des autres signes locaux; le retentissement plus considérable des bruits du cœur sous la clavicule droite que sous la gauche, quand l'infiltration tuberculeuse est plus prononcée dans le sommet du poumon droit que dans le sommet du poumon gauche; enfin, l'altération toute particulière de la voix sur laquelle j'ai appelé l'attention.

9° Les éléments de diagnostic étaient encore plus restreints, encore moins développés chez ce malade que chez celui de l'observation précédente: ainsi, les influences antihygiéniques étaient moins nombreuses et moins prononcées, la constitution du malade et ses apparences extérieures de santé éloignaient encore davantage la pensée d'une phthisie; les traits auxquels on cherche à reconnaître la cachexie tuberculeuse générale étaient bien plus obscurs et plus douteux, les signes locaux bien moins avancés dans leur développement au moment où le diagnostic a été porté; et cependant, dès les premiers temps de l'affection locale, c'est-à-dire au commencement de la première phase de la première période, j'ai pu annoncer l'existence de la phthisie, et en préciser le siége et le degré.

TROISIÈME OBSERVATION.

Phthisie pulmonaire *acquise* sous l'influence long-temps prolongée et continuellement agissante d'une vie très recluse et d'une habitation malsaine. —Développement de l'élément local de la maladie, sous l'influence d'une violente bronchite. — Diagnostic porté dès le début de l'affection, au moyen des signes locaux attribués à la première phase de la première période, et au moyen des phénomènes généraux qui coexistaient avec les précédents.

Marie Lemol, lingère, âgée de 18 ans, née à Dompierre (Calvados), entra à la Pitié (nº 10 de la salle St. Thomas, service de M. Andral), le 30 mars 1836.

CONSTITUTION.

Système osseux. Taille petite; système osseux bien développé en épaisseur; toutes les sections du corps bien proportionnées; poitrine large et bien faite.

Système musculaire. Assez développé.

Système cutané. Peau un peu brune, bien colorée, fine et élastique; cheveux châtains abondants, ongles et extrémités des doigts ne présentant aucune trace du caractère hippocratique.

Système cellulo-graisseux. Embonpoint plus qu'ordinaire.

Système nerveux. Facultés intellectuelles bien développées, caractère doux et tranquille.

En résumé: Constitution très forte; tempérament sanguin très prononcé.

ANTÉCÉDENTS.

CIRCONSTANCES D'HÉRÉDITÉ.

Son père, encore vivant, très bien portant, d'une constitution très robuste, avait toujours eu une très bonne santé. *Sa mère*, également très bien constituée, d'une très bonne santé habituelle, était morte à 36 ans des suites d'une phlébite occasionnée par une saignée du bras. Elle n'avait *qu'un frère*, dont la constitution était très forte, la taille élevée, et la santé habituelle parfaitement bonne.

MALADIES ÉTRANGÈRES OU ACCESSOIRES A LA PHTHISIE.

Elle n'avait jamais eu de maladies scrofuleuses. Ses règles avaient commencé à couler à 16 ans, et depuis cette époque, avaient toujours reparu tous les mois, fort abondantes chaque fois. A 10 ans elle avait eu la variole, puis la rougeole 15 jours après la guérison de la variole; elle n'avait jamais eu d'autre affection de la peau. Jamais aucun dérangement des fonctions digestives, jamais de maladie grave.

MALADIES AYANT UN RAPPORT DIRECT AVEC LA PHTHISIE.

Jamais elle n'avait éprouvé de rhumes ni de toux avant les deux dernières années; elle attribue ceux qu'elle avait éprouvés depuis cette époque aux courants d'air auxquels elle était exposée dans la maison où elle travaillait; du reste ces rhumes étaient survenus seulement pendant l'été. Jamais elle n'avait craché de sang sous aucune forme. Jamais elle n'avait éprouvé de symptômes de pleurésie ou de pneumonie, ni aucune sensation morbide dans la poitrine.

INFLUENCES ANTIHYGIÉNIQUES SUBIES PAR LA MALADE.

Arrivée depuis 5 mois à Paris, son acclimatement avait été facile et rapide, jamais elle n'avait eu de chagrins; sa nourriture avait toujours été bonne et suffisante; jamais elle n'avait fait d'excès en rien; seulement depuis quelques mois elle était domestique dans une maison où le service était fort pénible et où elle se fatiguait au delà de ses forces. Depuis long-temps, disait-elle, son habitation était trop étroite, mal aérée, assez froide et assez humide; depuis long-temps aussi son état de lingère l'avait condamnée à une vie très recluse. Elle même accusait ces circonstances du dépérissement de sa santé; c'était depuis quelques mois seulement qu'elle était devenue sensible à l'impression du froid, de l'humidité, et des variations brusques de température.

Quoique depuis deux ans elle eût, pendant les saisons d'été, éprouvé souvent des rhumes et de la toux, elle ne faisait remonter qu'à deux mois le commencement de sa maladie. Déjà, avant cette époque, elle avait senti que sa santé n'était plus aussi résistante que par le passé; mais les symptômes qui, dans son opinion, avaient marqué le début de son affection, ne remontaient qu'à deux mois. Ainsi, deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait éprouvé les symptômes d'une forte courbature, à la suite d'un trop grand travail; puis vint un rhume assez violent, qui se prolongea et entraîna à sa suite beaucoup de fièvre, de faiblesse, d'accablement général, de douleurs dans divers points de la poitrine, de toux et d'oppression. Cet état s'était aggravé insensiblement, et au bout d'un mois, elle avait été obligée de s'aliter tout à fait. Pendant ces deux mois elle avait eu ses règles comme à l'ordinaire.

ÉTAT PRÉSENT.

Lors de son entrée à l'hôpital, la malade offrait tous les symptômes locaux de la bronchite des grosses bronches : râle sonore et sibilant dans toute l'étendue de la poitrine; oppression très marquée; douleur pectorale vive; toux sèche, fréquente, très fatigante; expectoration blanche, mais visqueuse, fort peu abondante. L'état fébrile corres-

pondant à ces symptômes locaux était beaucoup plus grave qu'il ne l'est ordinairement en pareil cas : peau d'une chaleur très vive, d'un toucher sec ; pouls très fréquent ; animation fébrile très marquée de la face ; expression très prononcée d'accablement; depuis quelques jours il y avait constipation (tisane pectorale, looch blanc, lavement avec une once d'huile d'amendes douces, bouillons).

Les jours suivants, les phénomènes locaux de la bronchite diminuèrent considérablement; et la disparition des râles sonores et sibilants permit d'analyser les caractères des bruits respiratoires dans le sommet de la poitrine; mais, malgré cette amélioration de l'état local, l'appareil fébrile général persista dans presque toute son intensité. Le 5 avril, nous trouvâmes sous les deux clavicules, sous la droite principalement, l'expiration sensiblement augmentée d'intensité et de durée (4 à 8); l'inspiration plus bruyante que de coutume (12 à 14), mais plus brève (8); toutes deux offraient un caractère assez marqué de dureté et de sécheresse, sans aucune trace d'altération de timbre. Ces caractères morbides des bruits respiratoires se dissipaient à mesure qu'on s'éloignait des régions sous-claviculaires, et la respiration reprenait ses caractères normaux dans tout le reste de la hauteur de la poitrine. Dans les fosses sus-épineuses, on observait les mêmes caractères morbides, plus prononcés également à droite qu'à gauche, mais moins prononcés qu'à la région antérieure. Quelques traces de râle sonore se faisaient entendre dans quelques points et dans certains moments; le son fourni par la percussion et la vibration thoracique était naturel; il existait un peu plus de retentissement de la voix à droite qu'à gauche sous la clavicule. Dès ce moment, je crus pouvoir annoncer aux personnes qui suivaient la visite, et faire noter sur les cahiers d'observations, que nous avions à faire à une phthisie pulmonaire commençante.

Les jours suivants, nous constatâmes une exaspération fébrile assez marquée dans la seconde partie de la soirée, et la malade nous assura que, presque toutes les nuits, à la suite d'une fièvre assez forte, elle tombait dans un état de lassitude, d'accablement et d'insomnie, qui s'accompagnait quelquefois d'un peu de sueur; cette sueur n'avait lieu que vers les reins et sur la poitrine. L'examen de la poitrine fut fait avec soin, et on constata que l'augmentation du bruit expiratoire avait fait des progrès (10 à 12); que le caractère de sécheresse, de dureté, et de difficulté de production des deux bruits respiratoires, était devenu plus marqué; qu'un râle de craquement sec, d'abord très faible, un peu inconstant, puis bien distinct et persistant, se faisait

entendre, sur la fin de l'inspiration, dans les régions sous-claviculaire et sus-épineuse droites seulement; que la résonnance bronchophonique de la voix était devenue beaucoup plus marquée, surtout sous la clavicule droite.

Le 12 avril, on observa pour la première fois qu'une altération de timbre était venue se joindre aux autres caractères morbides des bruits respiratoires; pour la première fois aussi, la malade accusait des sensations morbides dans la poitrine, et ces sensations morbides étaient plus marquées à droite qu'à gauche; un timbre métallique distinct occupait la fin du bruit expiratoire dans les régions sus-épineuse et sous-claviculaire droites, l'augmentation du bruit expiratoire dans les mêmes régions pouvait être représentée par les chiffres 12 à 15; le râle de craquement était très prononcé, très constant, mais moins sec; la bronchophonie était plus distincte encore que les jours précédents; toutefois, la percussion *profonde* était la seule qui fournît un son obscur; la vibration vocale était manifestement moindre sous la clavicule droite que sous la gauche, moindre dans les parties supérieures et antérieures de la poitrine que dans le reste de l'étendue de la région antérieure; à gauche, on ne percevait encore aucune altération de timbre, aucune trace de râle de craquement, mais l'augmentation du bruit expiratoire y était plus prononcée que les jours précédents de même que la résonnance vocale.

Le 18 avril, le râle de craquement du sommet droit de la poitrine avait un caractère humide manifeste et se faisait entendre quelquefois dans l'expiration; du râle de craquement sec, coexistant exclusivement avec l'inspiration, était entendu sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse gauches.

Les jours suivants, l'accroissement successif des phénomènes locaux se fit dans l'ordre suivant : du caractère clair, puis soufflant, puis bronchique se montra dans le sommet du côté gauche, pendant l'expiration d'abord, puis pendant l'inspiration; le craquement sec devint humide; l'expiration s'éleva jusqu'aux chiffres 15 et 18; une bronchophonie très sensible et un son très obscur se manifestèrent successivement. Pendant que ces changements successifs avaient lieu à gauche, le caractère bronchique entendu à droite, dans l'expiration, s'étendait à l'inspiration; puis il est passé, par des degrés de plus en plus élevés, au caractère caverneux, qui était très sensible le 29 avril; le râle de craquement humide a pris un caractère bulleux; ses bulles sont devenues plus volumineuses, plus humides, ont coexisté en même temps avec l'inspiration et l'expira-

tion, ont pris un timbre clair, métallique, et enfin, sont devenus du râle de gargouillement; ce râle était très distinct le 29 avril; la bronchophonie augmentant graduellement s'est changée en pectoriloquie; et l'expectoration, de salivaire qu'elle était d'abord, de muqueuse qu'elle était devenue ensuite, était formée, au commencement de la seconde quinzaine d'avril, de petites masses blanchâtres, opaques, un peu déchiquetées à leurs bords, et nageant au milieu d'une matière filante, un peu visqueuse, ressemblant à un blanc d'œuf. — En même temps que les signes locaux observés dans les sommets des poumons ont subi les dégradations successives qu'on vient de lire, ils se sont étendus en surface, en envahissant de haut en bas la moitié supérieure de chaque côté de la poitrine, dans le même ordre où on les avait vus apparaître successivement dans les sommets.

Pendant ce rapide accroissement des phénomènes locaux, les phénomènes généraux offraient une intensité plus grande et une marche plus rapide encore, proportionnellement : tous les jours la fièvre devenait plus brûlante et plus prolongée, la peau plus sèche dans le jour, les sueurs plus abondantes la nuit, la pâleur de la face plus grande, l'abattement des forces plus profond; tous les jours la face revêtait davantage une expression d'oppression, de souffrance organique et de détérioration profonde de l'être; les recrudescences fébriles du soir devenaient de plus en plus régulières et prolongées; les moments de calme et de bien-être de la journée plus rares; les nuits plus agitées par la toux, la violence de la fièvre et les rêves fréquents. Cependant, malgré l'anéantissement rapide des forces, l'embonpoint de la malade s'est assez bien conservé; ce n'est que sur la fin d'avril, à l'époque où les signes de cavernes sont devenus manifestes, où le dévoiement est apparu, que l'amaigrissement a commencé la marche rapide qu'il a suivie dès ce moment.

De la fin d'avril au 15 juillet, les cavernes du sommet du poumon droit se sont beaucoup agrandies; des cavernes se sont creusées dans le sommet du poumon gauche, et la malade est tombée dans le dernier degré du marasme. Le 15 juillet, quoique mourante, ses parents vinrent la chercher. On constatait, à ce moment, sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse droites, tous les signes de larges cavernes, et à gauche les signes de cavernes plus petites. C'est tout au plus si elle a pu vivre quelques jours encore.

A partir de l'époque où les symptômes locaux et généraux de la phthisie se sont dévoilés, c'est-à-dire à partir du mois de février 1836,

les règles de cette malade, qui jusque-là s'étaient bien conservées, ont diminué d'abord et ensuite disparu à peu près complétement.

Dans cette observation, comme dans les précédentes, nous voyons la phthisie se développer chez une jeune personne qui par sa constitution, par son tempérament, par ses conditions d'hérédité, semblait en éloigner la possibilité (p. 411). Une vie très recluse, l'habitation prolongée dans un lieu froid, humide, étroit, mal aéré, sont, chez elle, les seules circonstances qu'on puisse accuser du développement de la cachexie tuberculeuse (p. 473). Un léger affaiblissement de la santé, une sensibilité morbide aux impressions atmosphériques, une certaine facilité à contracter des rhumes sous l'influence des courants d'air auxquels la malade était assez souvent exposée, ont été les premiers effets sensibles du développement de cet état nouveau de l'organisme, nommé cachexie tuberculeuse (p. 479). Jusque-là il n'avait existé aucun symptôme qui pût faire supposer que des tubercules s'étaient développés dans les poumons. Tout à coup, à la suite d'une forte courbature, à la suite d'une violente bronchite qui a suivi de près cette courbature, on a vu se manifester et puis se développer successivement les phénomènes locaux et généraux propres à la tuberculisation des poumons (p. 808).

Plus tard, les symptômes de bronchite se sont apaisés; mais l'impulsion était donnée, le travail de tuberculisation était commencé, et les symptômes généraux, qui avaient toujours été disproportionnés à ceux de la bronchite, ont persisté (p. 658). On est en droit de penser que, sans cette courbature, sans cette bronchite, le développement de l'élément local de la maladie aurait pu être retardé encore fort long-temps; de là l'importance du traitement préservatif local sur lequel j'ai tant insisté (p. 803, 828, 846, 852).

L'abondance et la rapidité de la sécrétion tuberculeuse qui s'effectue dans les poumons est en rapport, non-seule-

ment avec le degré du développement de la prédisposition générale aux formations tuberculeuses, mais encore avec le degré d'intensité des influences locales qui appellent sur les poumons le travail de tuberculisation (p. 809) : en effet, la cachexie tuberculeuse n'existait pas encore à un très haut degré chez notre malade, selon toute apparence, quand est survenue une éruption tuberculeuse tout à la fois nombreuse et rapide. On peut dire, par les mêmes raisons, que le degré d'intensité des causes sthéniques locales qui fixent dans les poumons le travail de tuberculisation, a une influence incontestable sur la marche plus ou moins aiguë de la phthisie (p. 737).

La durée et la continuité d'action d'un petit nombre d'influences antihygiéniques ont suffi pour développer chez notre malade un degré de cachexie tuberculeuse qui, chez d'autres, est produit par un plus grand nombre de ces influences, s'exerçant à un plus haut degré, mais pendant une période moins longue (p. 482). Il résulte de là, que le nombre et le degré des influences antihygiéniques peuvent être remplacés par la durée et la continuité d'action de ces influences, et que l'on doit éviter les causes légères, mais long-temps et continuellement agissantes, avec autant de soin que les causes graves. Les premières sont même, en général, plus dangereuses que les secondes, parce que n'excitant que peu la défiance du malade, elles exercent pendant long-temps leur funeste influence sans qu'on songe à s'opposer à leur action (p. 857).

Ici, comme dans les observations précédentes, nous avons vu naître sous nos yeux, nous avons pu suivre dans toutes leurs phases, dans toutes leurs transformations successives, les signes locaux de la phthisie; et nous les avons vus reproduire exactement le tableau que nous avons présenté dans les divers chapitres de cette seconde partie (p. 745).

QUATRIÈME OBSERVATION.

Phthisie pulmonaire *acquise* sous l'influence d'une habitation très malsaine, et d'une vie très sédentaire, dans un air froid, humide et peu renouvelé. — Reconnue aux deuxième et troisième phases de la première période. — Mort, quinze mois après le début des phénomènes de la phthisie.

Joséphine M*** née à C... (Puy-de-Dôme), âgée de 35 ans, tailleuse, entra à l'hôpital de la Charité (nº 21 de la salle Sainte-Marthe, service de M. Andral) le 15 février 1838. Nous en fîmes l'examen le même jour.

CONSTITUTION.

Système osseux. Taille élevée; système osseux bien et régulièrement développé; cavités splanchniques grandes et bien faites.

Système musculaire. Autrefois dans un état de développement plus qu'ordinaire.

Système cutané, etc. Peau un peu brune, fine, colorée, élastique; iris d'un brun grisâtre; système pileux châtain noir, assez développé; ongles et dernières phalanges des doigts n'offrant aucune trace du caractère dit hippocratique.

Système cellulo-graisseux. Embonpoint plus qu'ordinaire.

Système nerveux. Développement ordinaire de l'intelligence; caractère passionné, irritable, opiniâtre.

En résumé: Constitution très-forte; tempérament sanguin très-prononcé.

ANTÉCÉDENTS.

Circonstances d'hérédité.

— *Son père*, d'une très-forte constitution, d'un tempérament très sanguin, d'une santé ordinaire très robuste, avait vécu pendant presque toute sa vie dans des excès de tous genres, et était mort à 54 ans, à la suite d'une maladie aiguë. *Sa mère*, d'une constitution très robuste, d'un tempérament éminemment sanguin, se portait encore parfaitement bien, quoique âgée de 60 ans. Elle avait deux frères, qui tous deux étaient d'une constitution très forte, d'un tempérament très sanguin, et jouissaient d'une parfaite santé.

Maladies accessoires a la phthisie pulmonaire.

Jamais aucune trace d'affection scrofuleuse ou vénérienne; ses règles, établies à 15 ans, avaient toujours reparu depuis avec régularité, mais leur quantité avait diminué successivement, à partir de

l'époque où sa santé et sa constitution s'étaient détériorées; jamais elle n'avait eu, à son dire, de maladie grave, ni de la peau, ni du système digestif.

MALADIES AYANT UN RAPPORT DIRECT AVEC LA PHTHISIE PULMONAIRE. Jusqu'à l'âge de 34 ans, elle n'avait jamais été sujette ni à tousser, ni à s'enrhumer. Elle avait bien quelquefois, en s'exposant à de brusques refroidissements, contracté des rhumes, mais ils avaient été si légers, ils avaient disparu si vite et si complétement, qu'à peine y avait-elle fait attention. A 24 ans, à la suite d'un refroidissement, elle eut une fluxion de poitrine à droite, accompagnée de points de côté et de crachements de sang; mais au bout de deux mois et demi elle était parfaitement guérie, et depuis cette époque, comme avant, elle s'était parfaitement bien portée, n'ayant aucune disposition à s'enrhumer et à tousser. En mai 1837, après un mois d'habitation dans un local très malsain, elle commença à tousser et à s'enrhumer; les rhumes nombreux, la toux fréquente qu'elle a eus depuis cette époque, sont devenus à peu près continus, à mesure qu'elle s'est rapprochée davantage du moment de son entrée à l'hôpital. D'abord, sa toux n'était que légère, quoique sèche et fatigante, et elle n'existait que pendant le jour; puis, elle est devenue de plus en plus forte et continue, et s'est prolongée dans la nuit. Jusqu'à cette époque la malade avait été à peine sensible aux changements de temps et de saisons; mais, à partir de ce moment, elle est devenue de plus en plus sensible aux temps froids et humides, aux renouvellements des saisons froides, et aux brusques variations atmosphériques quelconques, surtout aux abaissements brusques de la température. Jusque-là son sommeil et ses forces s'étaient bien conservés; mais à partir du mois de juillet 1837, elle éprouva un frisson d'abord léger et irrégulier dans son moment d'apparition, puis plus prononcé et revenant à peu près chaque jour vers les deux heures du soir, suivi d'un état de malaise et d'accablement; en même temps, le sommeil a été moins calme, l'esprit de la malade est devenu inquiet, agité par des craintes vagues sur sa santé; son caractère est devenu triste et difficile; elle s'est sentie moins apte à vaquer à ses occupations ordinaires; puis elle a vu ses forces diminuer, et s'est aperçue qu'elle avait un peu maigri. Elle en était à ce point, lorsque, au commencement de décembre 1837, elle fut prise, sans cause connue, d'une douleur à la région antérieure et moyenne du côté gauche de la poitrine, douleur vive qui disparut au bout de trois jours, mais qui, depuis, est reparue plusieurs fois, et qui, à chacun de ses

retours, a été le signal d'une augmentation de la toux et des autres symptômes éprouvés par la malade. Depuis ces recrudescences successives, le frisson, la chaleur et le malaise de chaque jour ont reparu plus régulièrement chaque soir, vers les 4 à 5 heures, et se sont accompagnés d'un peu de sueur la nuit. Quelquefois le frisson manquait. Jamais Joséphine M*** n'avait eu la plus légère hémoptysie.

INFLUENCES ANTIHYGIÉNIQUES ÉPROUVÉES PAR LA MALADE.

Jamais d'excès de travail; alimentation toujours saine et en quantité suffisante; heures de sommeil assez régulières et suffisantes; jamais d'excès vénériens ni alcooliques; jamais de sensibilité au froid ou aux variations atmosphériques avant le mois de mai 1837; cette sensibilité devenue très grande et de plus en plus prononcée depuis cette époque.

Jusqu'au mois d'avril 1837, Joséphine M*** avait toujours habité des logements sains, et s'était bien portée. Mais, en avril 1837, elle se logea dans un rez-de-chaussée très étroit, très mal aéré, très humide, très froid, où sa position l'obligeait de rester enfermée toute la journée, et qu'elle a toujours habité depuis cette époque. Un mois après s'être exposée à l'influence de cette habitation, elle avait commencé à tousser et à s'enrhumer; c'est à partir de cette époque seulement qu'a commencé de se développer la série d'accidents que je viens d'exposer.

Long-temps avant cette époque, notre malade avait eu d'assez violents chagrins, plusieurs grossesses et une fausse couche, mais sa santé n'en avait ressenti aucune influence. C'est à partir du mois de juillet 1837 que ses règles avaient commencé à subir la diminution qui, dans la suite, s'est accrue de plus en plus. A une époque avancée de la maladie, elles ont cessé tout à fait.

ÉTAT PRÉSENT.

Le jour de son entrée à l'hôpital, son état était le suivant :

HABITUS GÉNÉRAL. — Embonpoint bien conservé, mais moindre qu'autrefois. Aucune infiltration nulle part. Expression de faiblesse, d'un peu d'accablement et de souffrance organique. Pâleur assez grande de la face autour des orifices. Peau d'une douce chaleur. Pouls de 75 à 80 pulsations. Pas de fièvre.

SYSTÈME RESPIRATOIRE.

Auscultation. — (*Auscultation de la voix et de la toux à distance*). *Voix* faible, voilée, produite avec un peu d'effort, offrant un carac-

tère de gravité assez particulier. *Toux* assez humide, très fréquente, surtout la nuit.

(*Auscultation de la respiration*). — En avant, *à droite*, sous la clavicule: bruit inspiratoire rude, dur, sec, comme difficile (durée 6 à 8), (intensité 10), sans altération de timbre. — Bruit expiratoire rude, dur, sec (intensité et durée 12 à 15), offrant, un peu au-dessous de la clavicule, dans un espace peu étendu, un timbre clair, un peu résonnant, bien distinct.—Ces caractères morbides font place aux caractères normaux de la respiration à mesure qu'on s'éloigne de la clavicule. — *A gauche*, mêmes caractères qu'à droite, à cela près qu'ils sont plus prononcés, que le timbre métallique de l'expiration va jusqu'au caractère bronchique, que le timbre clair occupe le bruit inspiratoire dans quelques points, et que les caractères morbides occupent plus d'étendue qu'à droite. En arrière des deux côtés : bruits respiratoires rudes, durs, secs, difficiles; bruit expiratoire augmenté (6 à 8), bruit inspiratoire diminué d'étendue (8). Ces caractères sont un peu plus prononcés à gauche.

(*Auscultation du râle*). Bruit de froissement pulmonaire assez constant, coexistant avec l'inspiration, dans le sommet droit de la poitrine; râle de craquement un peu humide, coexistant presque exclusivement avec l'inspiration, dans le sommet gauche. Point de râles muqueux, ni de râles sonores ou sibilants.

(*Auscultation de la voix*). Un peu de bronchophonie des deux côtés, mais plus prononcée à gauche qu'à droite.

Percussion. Son obscur sous les deux clavicules, mais d'une plus grande obscurité sous la clavicule gauche, avec sentiment de résistance au doigt sous cette clavicule.

Palpation. Vibration vocale manifestement moindre que dans l'état normal sous les deux clavicules.

Inspection. Un peu d'aplatissement et d'affaissement des deux régions sous-claviculaires, sans différence bien sensible entre les deux côtés.—Expectoration formée par un mélange de salive et de mucus.

Sensations morbides éprouvées par la malade. Sentiment d'oppression, de gêne dans l'intérieur de la poitrine, plus marqué à gauche qu'à droite; sensibilité plus prononcée à gauche qu'à droite quand la malade tousse, et quand on exerce la percussion comparativement et avec la même force sous les deux clavicules.

SYSTÈME CIRCULATOIRE.

Retentissement des bruits du cœur presque égal sous les deux clavicules; du reste, ces bruits n'offrent aucun caractère anormal.

SYSTÈME DIGESTIF.

Bouche humide ; assez bon appétit; digestions longues, difficiles, surtout pour les aliments gras ; un peu de constipation sans trace de coliques.

Après cet examen, j'exprimai l'opinion que cette malade portait dans le sommet des deux poumons, et surtout dans le sommet du poumon gauche, des tubercules en assez grand nombre, encore crus dans le poumon droit, mais dont quelques-uns avaient déjà commencé à se ramollir dans le poumon gauche. Plusieurs des personnes qui suivaient la visite, ne faisant attention qu'aux apparences de bonne santé, et à l'embonpoint bien conservé que présentait la malade, furent fort étonnées de ce diagnostic, qui cependant était loin de remonter à une époque aussi rapprochée du début de la phthisie, que le diagnostic porté dans les observations précédentes. Sur le conseil que je lui donnai d'aller habiter la campagne, cette malade sortit quelques jours après de l'hôpital, et au bout de peu de temps partit de Paris.

Vers le mois d'août 1838, me trouvant en voyage et passant dans son pays, j'en demandai des nouvelles et j'appris qu'elle venait de mourir. Le médecin qui lui avait donné des soins me dit qu'il avait constaté plusieurs fois, au moyen de l'auscultation, tous les signes de larges cavernes dans le sommet des deux poumons et surtout dans le sommet du poumon gauche. Je m'assurai par d'autres questions que la malade avait succombé en effet à une phthisie à la troisième période. L'habitude que ce médecin avait de l'auscultation ne laissait d'ailleurs aucun doute sur la valeur de son jugement.

Tous les faits que nous avons fait ressortir dans l'observation précédente sont plus marqués dans celle-ci, et sont rendus plus frappants, non-seulement par leur caractère plus prononcé, mais par la précision de leurs dates, et par la différence qu'on retrouve dans l'histoire de la malade, entre la partie qui précède certains faits et la partie qui les suit.

Ainsi, deux époques parfaitement distinctes dans l'histoire de la malade, l'une antérieure, l'autre postérieure à l'influence des conditions antihygiéniques qui ont occasionné la phthisie : 1° dans la première, santé parfaite; quelques rhumes occasionnés par des imprudences de refroidissement, mais légitimés par leurs causes, francs et

rapides dans leur marche, et ne laissant après leur résolution aucune trace de leur passage; une fluxion de poitrine fort grave, occasionnée de même par un refroidissement subit et considérable, et disparue sans laisser aucun levain morbide après elle; des chagrins assez fréquents et assez violents, mais qui ne paraissent exercer aucune influence sur la santé de la malade, tant que sa constitution n'a encore éprouvé aucune atteinte; du reste, aucune trace de cette sensibilité aux variations atmosphériques, aux changements de saisons et au froid humide, qui est le propre de la constitution tuberculeuse. 2° Mais, du moment que, sous l'influence de conditions antihygiéniques, la constitution primitive s'est altérée et est tombée dans l'état de débilitation qui prédispose à la phthisie, cette sensibilité aux influences atmosphériques se manifeste et se développe chaque jour davantage; des rhumes sont contractés par la plus petite des causes, leur marche est lente, obscure, leur résolution incomplète, et ils finissent par devenir à peu près continuels, ainsi que la toux et les altérations de la voix qui les accompagnent; une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, probablement liée à l'existence d'une pleurésie, est le signal d'une aggravation dans les phénomènes morbides éprouvés par la malade : sa santé languit, puis s'altère sérieusement, ses forces diminuent, et elle commence à maigrir. Dans la première époque, qui va jusqu'en avril 1837, tous les mouvements organiques sont entraînés dans le sens du bien; dans la seconde, qui commence en mai 1837, ces mêmes mouvements sont entraînés dans le sens du mal. Que s'est-il passé pendant le mois qui sépare ces deux époques? La malade s'est condamnée à une vie très sédentaire, dans un local très bas, très humide, très froid, très étroit, où l'air et le soleil ne pénètrent point suffisamment, et des chagrins l'y ont accompagnée.

Un mois a suffi pour que la constitution se ressentît de

ces influences, et le témoignât par de fâcheuses tendances morbides. Ces influences funestes continuent pendant dix mois consécutifs, l'altération subie par la constitution devient de plus en plus profonde, et la malade est entraînée vers la cachexie tuberculeuse par un mouvement de plus en plus accéléré.

Pendant cette période d'action des causes générales, l'imprudence de la malade a suscité les causes locales qui ordinairement provoquent la localisation du travail de tuberculisation sur les poumons ; l'action des unes a été presque simultanée à celle des autres, ce qui fait qu'on ne peut savoir l'époque précise à laquelle a commencé le développement de l'élément local de la phthisie pulmonaire ; toutefois, plusieurs raisons portent à penser que, en décembre 1837 (époque à laquelle est survenu à gauche un point de côté qui a été le signal d'une aggravation dans l'état de la malade), il s'est fait une éruption tuberculeuse dans les poumons, éruption qui, peut-être, a été la première.

Plusieurs fois la malade nous a assuré que ses chagrins lui avaient été beaucoup plus sensibles, et avaient été plus funestes à sa santé dans la seconde que dans la première des deux périodes dans lesquelles sa vie se divise ; exemple remarquable de la puissance de neutralisation que la bonne constitution d'un individu sain exerce sur les influences morbides qui l'environnent.

J'ai dit, dans le sixième chapitre de cette deuxième partie, que les conditions antihygiéniques qui tiennent à l'habitation et à l'air que l'on respire sont extrêmement puissantes à développer la cachexie tuberculeuse de la phthisie pulmonaire ; nous en avons la preuve chez les malades de ces deux dernières observations, où nous voyons ces deux influences antihygiéniques être capables de développer la phthisie, malgré les conditions primitives de constitution et d'hérédité les moins propres à favoriser ce développement.

Dans l'observation précédente, l'influence de ces mauvaises conditions d'hygiène a été moins active mais plus prolongée, l'effet s'est fait attendre beaucoup plus longtemps. Dans celle-ci, l'influence de ces fâcheuses conditions a été tellement active, qu'il a suffi de fort peu de temps pour que leurs funestes effets se soient manifestés.

Les premiers symptômes de la phthisie ne se sont développés chez notre malade qu'à 34 ans, c'est-à-dire beaucoup plus tard que cela n'a lieu ordinairement chez les personnes prédisposées à la phthisie par voie d'hérédité; c'est que nous avons eu affaire ici à une phthisie acquise; c'est que, dans cette espèce de la phthisie, l'époque d'origine et de développement de l'affection ne reconnaît d'autre loi que celle des causes qui la déterminent (p. 415). Les grossesses et la fausse couche éprouvées par notre malade n'ont eu aucune influence sur sa santé, contrairement à ce qui a lieu ordinairement chez les femmes phthisiques; c'est que, aux époques où notre malade est devenue mère, elle n'était point encore sous l'influence de la cachexie tuberculeuse (p. 422).

Comme chez la malade de l'observation précédente, les règles ont bien coulé tant que la constitution s'est maintenue dans ses conditions primitives; elles ont diminué, et puis disparu, à mesure que l'altération de la constitution est devenue plus profonde (p. 421). Leur diminution n'a eu lieu qu'après l'action des conditions antihygiéniques sous l'influence desquelles s'est développée la cachexie tuberculeuse. Il n'y a pas eu influence primitive exercée par la fonction de menstruation sur les autres fonctions de l'économie; c'est, au contraire, la fonction utérine qui a subi l'influence déjà éprouvée par la plupart des autres fonctions; c'est pour cela qu'on ne réussit presque jamais à rétablir le cours menstruel chez les personnes déjà atteintes de cachexie tuberculeuse ou de phthisie pulmonaire confirmée.

La marche de la phthisie *acquise*, comparée à la marche de la phthisie *héréditaire*, est ordinairement *aiguë*, ai-je dit (p. 735, 738); les quatre observations qui précèdent confirment ce fait.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Phthisie pulmonaire *acquise* sous l'influence d'excès de travaux physiques, de chagrins, d'une nourriture malsaine et quelquefois insuffisante, de l'habitation d'un lieu froid, humide et mal aéré. — Chez une jeune fille née de parents sains, d'une constitution forte, mais d'un tempérament lymphatique. — Reconnue aux première et deuxième phases de sa première période.

Rousselot, cuisinière, âgée de 19 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 28 janvier 1838 (nº 10 de la salle Sainte-Marthe, service de M. Andral). Elle nous était adressée par M. le docteur Montaud, qui, en même temps, nous pria de lui dire notre opinion sur la nature de sa maladie. Voici quel fut le résultat de notre examen :

CONSTITUTION.

Système osseux. Taille de 5 pieds; système osseux médiocrement développé en épaisseur ; cavités splanchniques bien proportionnées; poitrine bien conformée, bien développée.

Système musculaire. Médiocrement développé.

Système cutané, etc. Peau blanche, fine, molle; système pileux assez développé, châtain foncé; ongles et extrémités des doigts bien conformés, n'offrant aucune trace du caractère dit hippocratique.

Système cellulo-graisseux. Moins d'embonpoint que dans l'état ordinaire de santé, quoique, d'une manière absolue, il soit encore assez marqué.

Système nerveux. Facultés intellectuelles médiocrement développées.

En résumé. Constitution assez forte, tempérament lymphatique.

ANTÉCÉDENTS.

Circonstances d'hérédité.

Père fortement constitué, âgé de 42 ans et très bien portant. *Mère*, âgée de 48 ans, d'une santé un peu délicate, d'une constitution mé-

diocre. *Une sœur,* âgée de 23 ans, d'une forte constitution et d'une très bonne santé. *Un frère*, âgé de 15 ans, d'une constitution assez faible, d'une santé délicate, sujet à s'enrhumer.

MALADIES ACCESSOIRES A LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Jamais aucun indice d'affection scrofuleuse. Règles établies à 16 ans, et régulièrement apparues depuis cette époque, à l'exception du dernier mois. Jamais d'affection de la peau. Jamais aucun symptôme du côté de l'appareil digestif avant l'époque de son arrivée à Paris. Jamais aucune maladie grave.

MALADIES AYANT UN RAPPORT DIRECT AVEC LA PHTHISIE PULMONAIRE.

La malade est venue habiter Paris à 16 ans. Dès le moment de son arrivée elle a eu à supporter beaucoup de fatigues mêlées de chagrins, n'ayant pour soutenir ses forces qu'une nourriture malsaine, et habitant continuellement un local bas et humide. Quatre mois après son arrivée, elle a éprouvé des dérangements dans les fonctions digestives, tels que : constipation opiniâtre, mauvaises digestions, tiraillements d'estomac, douleurs dans l'abdomen; puis, un peu de fièvre est venue se joindre aux symptômes précédents. Alors elle a pris du repos et s'est à peu près rétablie. Depuis cette époque, cependant, sa santé, dit-elle, a sensiblement décliné; au lieu de résister facilement, comme avant, aux fatigues de sa position, elle est devenue faible et un peu languissante. Après un an de séjour à Paris, dans les conditions précédemment citées, elle a été prise de toux pour la première fois de sa vie; cette toux, d'abord irrégulière, est devenue plus marquée et plus constante dans ses retours, qui avaient lieu chaque matin Puis, quelques légers rhumes, survenus sans causes manifestes, sont venus s'y joindre, et, dès ce moment, la malade a contracté une disposition particulière à s'enrhumer et à tousser. Quelques mois après l'apparition de ces symptômes (en janvier 1837), elle fut prise d'une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine, précédée d'un frisson et accompagnée de fièvre. Cette douleur, qui avait tous les caractères de la douleur pleurétique et qui n'était due à aucune cause bien appréciable, dura près de six semaines, se fit sentir à droite pendant une dizaine de jours, puis disparut. Au bout de six semaines la malade sentait, dit-elle, distinctement, un frottement se produire dans le côté gauche de la poitrine; cette sensation se dissipa graduellement. Ce ne fut qu'au bout de trois mois que Rousselot se trouva guérie de cette fluxion de poitrine; encore conserva-t-elle toujours, à partir de ce moment, un sentiment

d'oppression et de gêne à respirer qu'elle n'avait point éprouvé auparavant. La toux, la facilité à s'enrhumer, l'affaiblissement général de la santé, augmentèrent beaucoup depuis cette époque. Mais cette augmentation a été bien plus marquée et plus rapide à la suite d'une nouvelle fluxion de poitrine, survenue en janvier 1838, et caractérisée de même par un point de côté fort douloureux à gauche. L'amaigrissement, à peine sensible avant cette époque, n'a fait qu'augmenter depuis ce moment ; le malaise général, la fièvre, la toux et les rhumes presque continuels, le trouble du sommeil, la perte de l'appétit, datent principalement de cette seconde fluxion de poitrine. Chaque soir elle éprouve du malaise, de l'accablement, un peu de frisson et de chaleur, puis un peu de sueur pendant la nuit, le sommeil est agité. Un état d'inquiétude morale, de crainte continuelle sur sa santé, d'agitation nerveuse habituelle est venue s'y joindre. Les règles n'ont pas paru dans le dernier mois. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie.

Conditions antihygiéniques subies par la malade.

Pendant les premiers mois de son séjour à Paris, la malade avait éprouvé beaucoup de fatigues, de chagrins et des privations ; ses ressources ne lui permettaient de prendre qu'une mauvaise nourriture. Elle avait habité d'abord, pendant treize mois, un rez-de-chaussée mal aéré, bas et humide. Plus tard, ses conditions de nourriture et d'habitation se sont améliorées.

A partir de l'époque à laquelle s'est développée chez elle la disposition à tousser et à s'enrhumer, c'est-à-dire un an environ après son arrivée à Paris, elle est devenue très sensible aux changements brusques de la température et surtout aux temps froids et humides. Les temps chauds sont ceux dans lesquels elle se trouve le mieux. Jamais d'excès autres que des excès de travail.

Ainsi, une jeune fille, d'une constitution forte, mais d'un tempérament lymphatique, qui jusque-là s'était bien portée, née de parents sains, après avoir subi pendant quatre mois des conditions antihygiéniques, telles que chagrins, fatigue corporelle, nourriture et habitation malsaines, éprouve d'abord un dérangement des fonctions digestives, puis, la plupart des conditions antihygiéniques précédentes persistant, elle sent sa santé et ses forces diminuer ; une disposition particulière à tousser et à s'enrhumer se développe chez elle, et deux fluxions de poitrine, survenues à un an de distance, sans causes extérieures bien suffisantes à les produire, sont le signal, la seconde surtout, d'une détérioration successive de sa

santé, d'un amaigrissement sensible et de la perpétuation des rhumes et de la toux.

ÉTAT PRÉSENT.

Habitus général de la malade.

Embonpoint assez bien conservé, mais moindre qu'autrefois; chairs molles, pâleur générale; teinte un peu terreuse de la face, qui exprime un état de langueur et de souffrance organique; toutefois, bonne apparence extérieure de santé et de forces.

Système respiratoire. — *Auscultation.*

(*Auscultation de la voix et de la toux à distance*). *Voix* produite avec un peu d'effort; moins forte que dans l'état naturel, d'un timbre un peu voilé, un peu rauque, à ton un peu grave. La malade elle-même reconnaît que sa voix est différente de ce qu'elle était autrefois. *Toux* sèche, brève, brusque, peu fréquente, un peu voilée.

(*Auscultation de la respiration*) En avant, *à droite*, sous la clavicule : bruit inspiratoire, durée 8, intensité 10, dur, sec, comme difficile, sans altération de timbre — bruit expiratoire, durée et intensité 6 à 8, offrant un commencement de timbre clair. — Ces caractères morbides, tout-à-fait localisés dans le sommet de la poitrine, diminuent et disparaissent à mesure qu'on s'en éloigne. *A gauche*, mêmes caractères morbides qu'à droite, à cette exception qu'ils sont moins prononcés, et que le bruit d'expiration n'offre pas d'altération de timbre. En arrière, mêmes phénomènes qu'en avant, mais un peu en diminutif, de telle sorte que leur *maximum* est sous la clavicule droite et leur *minimum* dans la fosse sus-épineuse gauche.

(*Auscultation des râles*). Râle de craquement sec dans l'inspiration seulement, au sommet du poumon droit, en avant et en arrière, mêlé dans quelques points au bruit de froissement pulmonaire. Quelques traces, çà et là, de râles sonores et sibilants.

(*Auscultation de la voix*). Bronchophonie sensible sous la clavicule droite comparativement à gauche, et sous la clavicule gauche comparativement au reste de l'étendue de ce côté de la poitrine.

Percussion. Obscurité du son et résistance au doigt sous la clavicule droite comparativement à la région sous-claviculaire gauche.

Palpation. Vibration vocale en général faible sur toute l'étendue de la poitrine, mais un peu moins sensible sous la clavicule droite que sous la clavicule gauche.

Inspection. Pas de différence bien sensible entre les deux côtés de la poitrine, ni pour la forme, ni pour le volume, ni pour les mouvements partiels. Expectoration formée de petites masses de matière muqueuse liées entre elles par de la matière salivaire.

Sensations morbides éprouvées par la malade. La malade accuse moins de facilité à respirer dans le côté droit que dans le côté gauche; elle éprouve dans ce côté une sensation de gêne; la percussion y provoque plus de sensibilité que du côté opposé; il en est de même de la toux.

Système circulatoire.

Bruits du cœur un peu forts, un peu fréquents, du reste normaux. On les entend plus forts, plus distincts sous la clavicule droite que sous la clavicule gauche.

Système digestif.

Alternatives assez fréquentes de selles régulières et de constipation. Ces alternatives sont quelquefois interrompues par un peu de dévoiement. Douleurs sourdes, légères coliques dans le bas-ventre, surtout vers la fin des périodes de constipation, digestions lentes, difficiles.

Système nerveux.

Inquiétude, agitation morale continuelle. Craintes sur l'état de sa santé. Un peu de morosité, quoique le fond de son caractère soit gai.

Sur cet ensemble de phénomènes antécédents et présents, je prononçai qu'il existait une infiltration de tubercules crus, en petit nombre dans le sommet du poumon droit, en nombre encore plus petit dans le sommet du poumon gauche. Après un examen général de la malade, dans lequel il voulut bien se donner la peine de constater les phénomènes précédents, M. Andral adopta entièrement ce diagnostic.

MARCHE CONSÉCUTIVE DE LA MALADIE.

A partir de cette époque jusqu'au moment où la malade est sortie de l'hôpital, les symptômes ont toujours été croissants, leur marche a été la suivante :

Le côté supérieur droit de la poitrine est resté constamment le lieu de maximum de développement des symptômes; le côté postérieur gauche, le lieu de leur minimum. Les phénomènes de fièvre hectique se sont accrus de plus en plus, en même temps que leur recrudescence s'est montrée plus régulièrement chaque soir; la malade

a maigri beaucoup ; sa face a pris une teinte terreuse et une expression de souffrance organique plus marquées ; le dévoiement, qu'elle n'avait eu jusque-là que de temps en temps, est devenu plus fréquent, plus abondant, et a fini par alterner avec la constipation ; les douleurs abdominales sourdes, qui accompagnaient les périodes de constipation, sont devenues plus prononcées. Pendant cette aggravation successive des symptômes précédents, Rousselot, passant graduellement, de l'état d'inquiétude et d'agitation morale où elle était au moment de son entrée, à un état de quiétude et de confiance dans l'avenir, ne s'est pas doutée un seul instant des progrès de son mal, et est sortie plus gaie, plus calme, plus tranquille sur sa position qu'elle ne l'était à l'époque de son entrée.

Quant aux phénomènes locaux : l'augmentation de l'expiration s'est prononcée davantage et s'est élevée successivement aux chiffres 10, 12, 14, 16, 18, 20 ; le caractère de dureté et de rudesse est devenu de plus en plus sensible, tant que les bruits inspiratoire et expiratoire n'ont pas offert d'altération de timbre ; ce caractère s'est confondu avec le timbre morbide quand celui-ci a envahi les bruits respiratoires. Le caractère de timbre clair observé à droite, en avant, en haut, dans l'expiration seulement, s'est étendu à l'inspiration, en même temps qu'il est passé à un degré plus avancé dans l'expiration. Les bruits respiratoires du sommet droit de la poitrine ont revêtu ainsi successivement les timbres clair, soufflant, bronchique et caverneux. Au moment de la sortie de la malade, la respiration caverneuse était bien marquée dans le côté droit antérieur et supérieur de la poitrine ; à gauche, en avant seulement, l'expiration avait pris un timbre bronchique au premier degré, tandis que l'inspiration offrait à peine un peu de timbre clair. — Le râle de craquement sec entendu à droite, est devenu successivement râle de craquement humide, puis râle muqueux, puis enfin râle caverneux. Du gargouillement se faisait entendre sous la clavicule droite, lors de la sortie de la malade ; on y entendait aussi de la pectoriloquie. En un mot, on trouvait à droite, à cette époque, tous les signes de cavernes ; et à gauche, tous ceux de la première période de la phthisie pulmonaire. Les régions sus et sous-claviculaires étaient manifestement déprimées dans les deux côtés de la poitrine, mais sensiblement plus à droite qu'à gauche. L'expectoration consistait dans de petites masses de matière d'un blanc sale, opaques, déchiquetées à leur circonférence, suspendues au milieu d'un liquide un peu visqueux. Les règles, assez bien conservées jusque-là, avaient

diminué dans les derniers temps, mais n'avaient cessé de paraître que dans le dernier mois.

Tel était l'état de la malade au moment de sa sortie, le 15 mars 1838. Aucun doute ne pouvait être élevé dans ce moment, même dans l'esprit des personnes les plus difficiles, sur la nature de l'affection dont elle était atteinte.

Les circonstances antihygiéniques auxquelles cette malade a été soumise sont nombreuses; on y remarque surtout les deux conditions qui, d'après mes recherches, paraissent exercer la plus funeste influence sur la santé et la constitution : la nourriture et l'habitation malsaines (p. 481). Cette influence s'est manifestée au quatrième mois de l'action de ces circonstances. Le tempérament lymphatique de la malade a pu favoriser le développement assez rapide des funestes effets de ces influences. Nous avons dit en effet, dans le cours de cet ouvrage, en résumant sous ce point de vue nos observations, que, toutes circonstances étant égales d'ailleurs, les influences antihygiéniques étaient plus puissantes et plus rapides dans leur action sur les individus à tempérament lymphatique, que sur les personnes à constitution très robuste et à tempérament très sanguin (p. 498, 501, 823, 857).

Ici ce sont les fonctions digestives qui ont ressenti les premières atteintes des fâcheuses conditions dans lesquelles se trouvait notre malade; peut-être cela dépend-il de ce que, parmi ces conditions, il en est une, l'alimentation malsaine, qui a dû exercer une action toute spéciale sur l'appareil digestif; en effet, les troubles survenus dans les fonctions digestives ont à peu près cessé quand l'alimentation est devenue meilleure (p. 674).

Après le trouble des fonctions digestives, sont survenus les symptômes qui se rattachent au trouble de la nutrition; ainsi, l'affaiblissement général des forces, l'inaptitude au travail, le sentiment de malaise et de langueur (p. 682).

A la suite de ces premiers changements dans la constitution de la malade, les mouvements morbides ont paru se localiser en partie sur le système respiratoire, et alors, sont survenus graduellement de la toux, puis des rhumes; plus tard, la toux et les rhumes se sont multipliés, se manifestant par la moindre des causes; ainsi s'est développée graduellement la sensibilité au froid et à l'humidité, et la disposition particulière à s'enrhumer, qui jamais n'avaient existé avant l'action des influences antihygiéniques.

Les choses en étaient là, probablement quelques tubercules étaient déjà déposés dans le tissu des poumons, lorsqu'une pleurésie (selon toute apparence avec épanchement) détermina une aggravation très marquée dans les symptômes généraux et provoqua l'apparition de nouveaux symptômes locaux; ces nouveaux phénomènes locaux étaient probablement la suite d'une nouvelle éruption tuberculeuse, qui, sans cette fluxion de poitrine, eût pu être retardée plus ou moins long-temps. Une seconde fluxion de poitrine, survenue un an après la première, a été le signal d'une aggravation très marquée dans les symptômes locaux et généraux; dans ce cas, comme dans le précédent, cette aggravation paraît avoir été la suite ou l'occasion d'une nouvelle éruption tuberculeuse dans les poumons (p. 665).

Parmi les influences antihygiéniques qu'a subies notre malade, les unes ont à peu près cessé après quelques mois d'action, et dès cette époque les premiers phénomènes morbides observés ont disparu presque complétement. L'altération de la constitution qui paraissait devoir être rapide, à en juger par le peu de temps écoulé (4 mois) entre l'apparition des premiers phénomènes morbides et le moment où ont commencé de s'exercer les influences antihygiéniques, s'est ralentie, en raison même de la diminution du nombre des influences antihygiéniques. Au bout de quelques mois de séjour à Paris, la malade a pu diminuer son travail,

prendre plus de repos, jouir de plus de calme d'esprit, se nourrir mieux; mais, pendant 13 mois, elle n'a cessé d'habiter un lieu froid, humide, mal aéré; et l'altération de sa constitution, quoique moins rapide qu'elle n'avait paru l'être lorsqu'il existait d'autres circonstances contraires à l'hygiène, n'en est pas moins arrivée graduellement, au bout de 10 à 15 mois à peu près, à la cachexie tuberculeuse, et, ensuite, à des formations tuberculeuses successives dans les poumons.

La toux, avons-nous dit (p. 547), est quelquefois indépendante des rhumes. Ici, en effet, sous l'influence de la cachexie tuberculeuse, nous la voyons apparaître avant les rhumes, suivant le dire bien précis de la malade. Indépendante des rhumes, elle avait le caractère sec, bref, brusque, nerveux, légèrement convulsif que j'ai décrit aux pages 548, 549.

La marche des symptômes locaux et généraux a été, chez cette malade, la même que chez les malades des observations précédentes, la même que celle que j'ai décrite comme fait général (p. 745). C'est l'uniformité constante de cette marche des symptômes locaux et généraux, c'est l'harmonie de ces symptômes entre eux, qui, sur de faibles indices, nous a permis de reconnaître, dès son premier degré, une phthisie dont l'existence semblait devoir être rejetée par beaucoup de raisons (p. 734).

Ici encore, comme dans les cas précédents, les règles ne se sont dérangées que long-temps après l'apparition des premiers phénomènes qui se rattachaient au développement de la cachexie tuberculeuse; preuve qu'elles subissaient l'influence de ce dérangement de la constitution, loin de le causer elles-mêmes. L'écoulement menstruel n'a cessé complétement qu'à la troisième période de la maladie.

Les conditions opposées que présente le système nerveux

à la première période et aux périodes suivantes de la phthisie, conditions que j'ai décrites aux pages 677 et 679, sont très distinctes chez la malade de cette observation : *agitation inquiète* pendant que s'accomplit le premier degré de la maladie, *quiétude aveugle* pendant les autres périodes.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LA SECONDE PARTIE.

—

FIN DE LA TABLE.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

FIG. 1.

A, A, A. Fronçures, dépressions en gouttière de la surface des poumons.

B. Plaque fibreuse irrégulière, placée au milieu des fronçures précédentes.

C. Vaisscaux de nouvelle formation oblitérés qui se rendent à la plaque fibreuse précédente.

FIG. 2.

A. Noyau de matière tuberculeuse un peu desséchée.

B, B' Couche fibreuse qui enveloppe le noyau précédent.

F. Noyau tuberculeux, réduit en une substance plâtreuse.

G. Couche de matière fibreuse et de tissu pulmonaire induré qui entoure le noyau précédent.

FIG. 3.

G, G. Noyau de matière tuberculeuse réduite en substance plâtreuse.

F, F. Couche fibreuse qui entoure le noyau précédent.

E. Noyau d'induration contenant un peu de substance crayeuse à son intérieur.

O, O, O. Noyaux d'induration sans substance plâtreuse ou crayeuse à leur intérieur.

FIG. I.



